Rok LI. Kraków, dnia 4. maja 1912. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rozszerzanie szyjki macicy sposobem Bossiego

podał *)

Dr Adam Czyżewicz.

Sposób rozszerzania ujścia macicy, podany przez Bossiego w r. 1890, wyodrębnia się od innych metod, zdążających do tegosamego celu, jako ściśle określona jednostka samoistna. Istotą rzeczy jest w nim nie narzędzie, lecz sama zasada postępowania, wzorująca się na dawno zarzuconej zasadzie dawnych rozszerzadeł metalowych, lecz tak od nich różna swem udoskonaleniem, że nawet porównana być nie może. Taksamo nie może być łączona w jedną grupę z rozszerzaniem ręcznem ujścia, gdyż takie rozszerzanie tylko wyjątkowo da się szybko przeprowadzić, z balonami, blaszecznicą itd., gdyż te działają przedewszystkiem przez wywoływanie, względnie wzmacnianie czynności porodowej, ani z nacięciami brzegów ujścia lub z cięciem cesarskiem pochwowem, gdyż to są sposoby krwawe. Jest to więc odrębny dział postępowania, stworzony i odrazu wydoskonalony przez Bossiego, który też słusznie zastrzega sobie prawa pierwszeństwa.

Narzędzie pierwotnie podane było trójramienne. Z biegiem czasu zmieniał je Bossi kilkakrotnie, aż wreszcie podał czteroramienne, ogólnie dziś znane, które już długi czas utrzymuje się bez zmiany. Przeróbki, podawane przez rozmaitych autorów (Kaiser, Frommer, Krul, Walcher, Knapp, De Seigneux, Pollak) zdążały do rozłożenia ucisku na większą liczbę punktów przez zwiększanie liczby ramion do ośmiu, do zrobienia narzędzia lżejszem i łatwem do rozłożenia. Choć każda odmiana ma swoich zwolenników, to przecież większość używa oryginału Bossiego, twierdząc z nim razem, że wszelkie poprawki odbiły się niekorzystnie na narzędziu.

Technika postępowania utrzymuje się na ogół w zarysach, nadanych jej przez Bossiego. Wytyczne jej punkta są: wprowadzenie narzędzia pod nadzorem palca lub we wziernikach łyżkowych, w razie potrzeby przy ustaleniu przedniej wargi szyjki kulociągiem. Przy ujściu zamkniętem wprowadza się narzędzie bez nasadek, później dodaje się je; przy ujściu częściowo rozwartem nasadki odrazu są w użyciu. Jeżeli główka jest nisko zepchnięta w miednicy, można ją nieco odepchnąć. Po wprowadzeniu rozkręca się ramiona odrazu aż do wyczucia lekkiego oporu, następnie rozszerza się drobnymi obrotami częściowymi śruby, kontrolując ciągle opór, jaki daje śruba i napięcie ścian szyjki, palcem, wprowadzonym między ramiona, co naturalnie odpada przy narzędziach więcej niż czteroramiennych. Według zlecenia Bossiego, przyjętego dziś powszechnie, rozszerza się wyłącznie podczas przerwy, zwalniając śrubę od czasu do czasu. Jeden tylko Mars zaleca rozszerzanie właśnie podczas bolu dla naśladowania fizyologicznych stosunków. Podczas całego aktu rozszerzania należy pilną zwracać uwagę, aby trzonek narzędzia był obniżony; przez to końce ramion leżą równolegle do osi szyjki, co pozwala na równomierne jej rozszerzanie. Co do stopnia rozszerzenia, przyjęto ogólnie zasadę, że powinno się doprowadzić ujście do średnicy większej niż główka dziecka, licząc na następowe obkurczanie się ujścia. Według zapatrywań rozmaitych autorów wystarcza dla donoszonego dziecka rozszerzenie na 9—12 ctm. Po dojściu do końcowej granicy odkręca się śrubę i wyjmuje narzędzie, poczem w razie, jeżeli poród ma być szybko ukończony, należy zaraz założyć kleszcze, względnie zrobić obrót, gdyż ujście obkurcza się nieco i stwarzać może niespodziane przeszkody. Dlatego wskazane są raczej kleszcze niż obrót, o ile wogóle są one możliwe.

Działanie rozszerzadła jest mechaniczne i dynamiczne. Na plan pierwszy wybija się działanie mechaniczne, jako rozszerzenie szyjki bez jej skracania i stąd po rozszerzeniu czuje się ściany szyjki zwisające jak żagle. Obok tego jednak ma rozszerzadło także działanie dynamiczne, wpływając na bole porodowe, szczególnie, jeżeli poprzednio były one już w toku, mniej przy operacyi podczas ciąży.

Czas trwania rozszerzania waha się rozmaicie, zależnie od zapatrywań rozmaitych autorów. Granicą najniższą jest 4 minuty, najwyższą 390 minut. Średnio biorąc trwa zwykle rozszerzenie 20—30 minut.

Wskazaniem w najszerszem tego słowa znaczeniu są stany groźne dla matki lub dziecka, a wymagające szybkiego rozwiązania. Zapaleni zwolennicy postępowania nie wahają się stosować go już przy niebezpieczeństwie zagrażającem życiu dziecka, przeciwnicy zakreślają mu ciasne ramy kilku wskazań z powodu niebezpieczeństwa, grożącego bezpośrednio życiu matki. Większość zwraca uwagę na matkę, nie ograniczając tu jednak zbytnio wskazań, natomiast wymaga bardzo ścisłych wskazań, jeżeli się ma robić ze względu na dziecko, twierdząc, że sposób Bossiego życia dziecku nie zapewnia, a matkę narazić może na dotkliwe obrażenia.

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Wyliczając szczegółowo wskazania, dochodzi się do następującej listy:

1) Rzucawka porodowa w każdym okresie ciąży lub porodu.

2) Niebezpieczeństwo dla życia matki z powodu rozległej gruźlicy płuc, wady serca niewyrównanej, ostrych chorób gorączkowych itd. przy równoczesnej ciąży.

3) Niedowład macicy wobec istniejącego zakażenia połogowego.

4) Rozkład płodu obumarłego przy niepodatnej szyi macicy.

5) Łożysko przodujące, wywołujące krwotok.

6) Zbliznowacenie szyi macicy.

7) Niebezpieczeństwo dla życia płodu przy niepodatnej szyjce macicy.

Nadto zalecają sposób Bossiego dla rozwiązania w okresie konania i po śmierci. Dwa pierwsze wskazania są ogólnie przyjęte przez wszystkich, którzy wogóle sposobem powyższym się posługują, dwa drugie często bywają podawane w wątpliwość, dwa dalsze u większości wywołują sprzeciw ze względu na łatwe pękanie macicy. Co do ostatniego, to hołduje mu prawie wyłącznie ojczyzna Bossiego, tj. Włochy. W czasie konania lub po śmierci znaczna większość woli rozwiązywać cięciem cesarskiem klasycznem.

Prócz powyższych wskazań ma także rozszerzadło zastosowanie przy wywoływaniu przedwczesnego porodu, gdzie według przepisów Bossiego rozszerza się ujście w ciągu paru godzin, lub też rozszerza tylko do 3—4 ctm. średnicy, aby następnie założyć balon maciczny.

W końcu używają rozszerzadła Bossiego do rozszerzania ujścia dla wydobycia resztek po poronieniu, lub łożyska uwięzniętego.

Warunkiem do zastosowania metody Bossiego jest możliwość dostania się do macicy, więc nie przypadki, gdzie zwężone kości miednicy nie przepuszczą i dwu palców. Stan szyjki i czas ciąży lub porodu nie odgrywają żadnej roli. Zarówno wieloródkę przy końcu I. okresu, jak pierwiastkę w każdym miesiącu ciąży można rozwiązać w krótkim czasie. Wyjątkowo tylko odstępowano od rozszerzania szyjki, najczęściej z powodu pęknięć, a w zamian za to znajduje się w piśmiennictwie opisy przypadków, gdzie musiano przerwać inne sposoby postępowania, n. p. sposób Krausego (Bossi), metreuryzę (Leicester), cesarskie cięcie pochwowe (Marschner) i dokończyć porodu rozszerzadłem Bossiego.

Wyniki postępowania zestawić można tylko z dostatecznie wielkich statystyk. Dla ich wykazania zebrałem z całego piśmiennictwa 1348 przypadków, ogłoszonych przeważnie bardzo szczegółowo, choć tu i ówdzie są w tych opisach pewne braki, nie dozwalające na wszechstronne zużytkowanie przypadków. Statystyka ta wykazuje na 1308 przypadków możliwych do zużytkowania (w 40 nie podano) 145 zmarłych tj. 11·09%. Wśród nich znajduje się zaledwie cztery przypadki (0·30%) śmierci zależnej od sposobu postępowania, z czego dwa (0·15%) przypada na zakażenie połogowe, drugie zaś dwa (0·15%) na skrwawienie z pęknięć szyi. Dodać tu należy, że prawie wszystkie przypadki śmierci stwierdzone są sekcyjnie i że nie uwzględniałem możliwości zakażenia z innej przyczyny, ani pęknięcia szyi, n. p. przy następowem wydobyciu płodu, lecz wszystkie cztery przypadki policzyłem na karb metody Bossiego, choć i tu dyskusya byłaby jeszcze dopuszczalna.

Co do samej rzucawki porodowej obejmuje zestawienie moje 515 przypadków, z czego śmiertelnych 96 = 18·64%.

Daty co do płodów podano tylko w 986 przypadkach. Z tych 600 urodziło się żywo, co czyni 60·86%, martwych było 386 = 39·14%, w czem jednak było martwych przed porodem lub niezdolnych do życia (do 6 miesiąca włącznie) 177 = 17·94%. Na karb więc metody Bossiego, o ile nie uwzględnia się zupełnie, że i inne przyczyny mogły współdziałać, np. ucisk kleszczy, wypadnięcie pępowiny i t. d., przypada w najgorszym razie 209 martwych płodów, co czyni 21·20%. Dodać tu należy, że jako martwe przed porodem uznawano tylko te płody, o których zaznaczył to autor wyraźnie; niepewne określenia dołączano do obciążających sposób Bossiego. Wszystkie powyższe liczby są więc zestawione w sposób najbardziej niekorzystny dla metody Bossiego, ale też tem więcej są warte.

Co do rzucawki porodowej, podano potrzebne daty tylko w 249 przypadkach, obejmujących 254 płodów. Z tych 163, t. j. 64·18% było żywych, 91 zaś t. j. 35·82% martwych. Wśród tych drugich 34 = 13·38% obumarło przed porodem, względnie było niezdolnych do życia, tak, że tylko liczba 57 = 22·44% może być brana na uwagę ze względu na metodę Bossiego.

Wyniki powyższe, wyjęte z zestawienia wspólnego, obejmującego wyniki tak przyjaciół jak i wrogów Bossiego, musi się uznać za bardzo dobre. 0·30% śmiertelności matek, które w najgorszym razie można kłaść na karb sposobu postępowania, jest tak małym odsetkiem, że prawie nie wchodzi w rachubę i zestawienia dotyczące innych metod współzawodniczących nie mogą się poszczycić lepszym wynikiem. W dzisiejszym stanie wiedzy lekarskiej nie można wymagać od żadnej operacyi, żeby była dla życia bezwzględnie pewną. Śmiertelność ogólna 11·09% także zdziwić nie może, jeżeli się zważy, w jak ciężkich warunkach stosuje się metodę Bossiego. Owszem ta nizka liczba świadczyć musi tylko na korzyść tej metody. Tosamo odnosi się do śmiertelności płodów 21·20%. Jak na sposób, który prawie zawsze ma ratować matkę w groźnej chwili, bez względu na płód, można śmiało powyższy wynik nazwać doskonałym.

Jeszcze wymowniejsze są obliczenia śmiertelności, dotyczące samej rzucawki porodowej i warto tu porównać wyniki z innymi sposobami postępowania. Zestawienia takie podali Bossi i Hammerschlag. Są one następujące (na str. 302).

Statystyka moja ustala dla rzucawki porodowej śmiertelność matek na 18·64%, płodów zaś na 22·44%. Gdyby nawet wliczyć wszystkie płody martwe, a więc także te, które obumarły przed porodem i wziąć za podstawę cyfrę 35·82%, to przecież obie te liczby tak dla matek jak i dla płodów są niższe od wszystkich analogicznych powyższej tabelki z wyjątkiem tylko śmiertelności płodów przy zwykłych nacięciach szyi, możliwych tylko po zaniknięciu części pochwowej i śmiertelności matek przy rozszerzaniu szyi płodem, gdzie jednak płód ginie.

	Bossi		Hammerschlag	
	matki	płody	matki	płody
Sposób Bossiego	9·45%	20·97%	13%	44%
Nacięcia szyi Dührssena	21·99%	?	20%	20%
Cięcie cesarskie pochwowe	27·7%	50%	20%	?
Cięcie cesarskie klasyczne	56·9%	37·5%	—	—
Rozszerz. ręczne Bonnairea	27·07%	41·97%	—	—
Rozszerzenie płodem	—	—	14%	100%
Metreuryza	—	—	29%	71%

Powyższe porównanie przemawia jaskrawo na korzyść sposobu Bossiego.

W końcu omówić muszę pęknięcia szyi, zdarzające się przy jej rozszerzaniu narzędziem Bossiego, porównując otrzymane wyniki, odnoszące się do 725 przypadków mojej statystyki, z wynikami badań Bardelebena, ustalającymi częstość pęknięć przy porodach prawidłowych i kończonych zwykłymi zabiegami, jak obrotem, kleszczami itd. Wyniki te są w odsetkach następujące:

	Pierwiastki		Wieloródki		Bardeleben	
	sz. utrz.	sz. zan.	sz. utrz.	sz. zan.	por. praw.	por. oper.
Bez pęknięć	73·33	80·1	82·36	82·5	83.8	43·24
Wręby	11·52	13·1	5·88	9·38	11·2	18·92
Głębokie pęknięcia	15·15	6·8	11·76	8·12	5·—	37·84

Powyższa tabelka stwierdza dowodnie, że głoszona przez wielu obawa pęknięć przy użyciu sposobu Bossiego jest w wysokim stopniu przesadzona, gdyż otrzymane wyniki co do głębokich pęknięć, o które wyłącznie chodzi, są przy zanikłej szyjce prawie równe porodom nieoperacyjnym, przy utrzymanej zaś szyjce są bez porównania lepsze od wyników stosowania kleszczy, obrotu itd. A przecież nikomu nie wpadnie na myśl zarzucać te ostatnie zabiegi, bo dają aż 37·84% głębokich pęknięć szyjki. Nie ma więc racyi robić zarzutu z tego powodu rozszerzadłu Bossiego, które nawet w najgorszych warunkach daje pęknięć przeszło dwa razy mniej.

Wyjaśnia także powyższa tabelka różnice w częstości pękania szyjki zależnie od jej stanu podczas zabiegu. Najwięcej pęknięć przy utrzymanej szyjce, daleko mniej przy zanikłej. W pierwszym przypadku więcej pęknięć u pierwiastek, co tłomaczy się niepodatnością szyjki jeszcze nigdy nie rozszerzanej, w drugim więcej u wieloródek, co mogłoby znaleść wyjaśnienie w obecności blizn, pozostałych z poprzednich porodów.

Opierając się na wynikach mojego zestawienia i na doświadczeniu nabytem we własnych 36 przypadkach, zalecam gorąco używanie sposobu rozszerzania ujścia macicy według zasad Bossiego. Sposób ten nie wymaga asysty, ani urządzeń klinicznych i dlatego nadaje się w całej pełni do praktyki prywatnej. Należy tylko wymagać, aby operator był dokładnie praktycznie obznajmiony z całem postępowaniem, bo w niewprawnej ręce łatwo dojść może do nieobliczalnych powikłań. Nadto jest wskazane zżycie się ze swojem własnem narzędziem, gdyż tylko wtedy można oceniać wielkość oporu w obrocie śruby, co dozwala na wnioski w sprawie szybkości rozszerzania.

Za wskazania uważam groźne stany dla matki, wymagające natychmiastowego rozwiązania przy nieścieśnionej lub mało ścieśnionej miednicy, więc rzucawkę porodową odrazu z chwilą jej wybuchu, rozległą gruźlicę płuc, wady serca niewyrównane, zapalenie nerek wywołujące zmiany bezpośrednio groźne dla życia, ostre choroby gorączkowe np. zapalenie płuc, groźne ze względu na niedostateczną ruchomość płuc wobec wydęcia brzucha itd., wszystko to w chwili, kiedy życie matki bezpośrednio zostaje zagrożone. Zakłady położnicze lub operatorowie, wprawni w użyciu metody Bossiego, mogą jej użyć przy gorączce podczas porodu, wywołanej rozkładem płodu wobec ujścia niepodatnego, lub przy niedowładzie macicy z niepodatnem ujściem, wreszcie wyjątkowo, i to tylko u rodzących w pełni okresu I. dla ratowania płodu. Wobec łożyska przodującego lub zbliznowacenia ujścia metody Bossiego polecać nie można. Taksamo w okresie konania lub po śmierci powinna ta metoda ustąpić miejsca cesarskiemu cięciu klasycznemu. Do wywołania porodu przedwczesnego lub ukończenia poronienia służyć może tylko wyjątkowo.

Z oddziału ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie. (Prym. Prof. Dr Dobrowolski).

O operacyjnem leczeniu zmian w położeniu macicy

podał *)

Dr Leopold Jakobson.

W ostatniem trzechleciu leczono na oddziale ginekologicznym szpitala krakowskiego, pozostającym pod kierownictwem Prof. Dobrowolsktego, operacyjnie 92 przypadki zmian w położeniu macicy, a to operowano przypadków 48 z powodu tyłozgięcia macicy, a 44 z powodu wypadania macicy.

Tyłozgięcia macicy nie leczymy na oddziale nigdy krążkami, bo albo tyłozgięcie nie sprawia chorej żadnych dolegliwości i wtedy chora leczenia nie potrzebuje, albo, sprawiając dolegliwości, wymaga leczenia trwałego, czego krążek nie daje. Operacyjnie usuwamy tyłozgięcie zawsze tylko zabiegami, dokonywanymi od powłok brzusznych, nigdy od pochwy, wybór zaś rodzaju zabiegu zależy od wieku chorej. U kobiet blizkich okresu przekwitania wykonujemy zawsze przyszycie bezpośrednie macicy do powłok szwami jedwabnymi przez otrzewnę, mięśnie i powięź, najczęściej z równoczesnem wycięciem jajowodów dla uniknięcia możliwości ciąży. U kobiet młodych wykonujemy skrócenie więzadeł okrągłych. W przypadkach, gdzie jest macica zupełnie ruchoma, niewielka, a przydatki niezmie-

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

nione, skracamy więzadła drogą kanałów pachwinowych, w innych wszystkich przypadkach drogą cięcia brzusznego (sposób Dolérisa), przeciągając pętle z więzadeł okrągłych przez wytworzone otwory, drążące przez otrzewnę, mięśnie i powięź. Wyniki przyszycia macicy do powłok i skrócenie więzadeł według Dolérisa są bardzo dobre i nigdy, o ile mieliśmy sposobność badać chore po tych operacyach, nie widzieliśmy nawrotu choroby. Natomiast wyniki po operacyi Alexandra-Adamsa są częstokroć niekorzystne, tak że zabieg ten nie może co do trwałości wyniku iść w zawody z operacyą Dolérisa.

Przy wypadnięciach pochwy i macicy stosujemy u kobiet młodych w ostatnim roku wyłącznie zabieg Dolérisa, dawniej stosowaliśmy zabieg Alexandra-Adamsa. Oba zabiegi łączymy zawsze z plastyką krocza, polegającą na zeszyciu na dużej przestrzeni odsłoniętych mięśni dna miedniczego z cięcia, podobnego do cięcia podanego przez Stratza. Od wszelkich zwężań i zeszyć ścian pochwy z reguły wstrzymujemy się. Dno miednicze tak wytworzone jest podporą znakomitą i nie stwarza żadnej przeszkody dla porodu. Wyniki po zabiegu Dolérisa mieliśmy wyborne, mniej dobre po zabiegu Alexandra-Adamsa.

U kobiet bliskich okresu przekwitania przyszywamy macicę do powłok, najczęściej dokonując wycięcia jajowodów, a w przypadkach znaczniejszej przepukliny pęcherza (cystocele) przyszywamy także ściany pęcherza do otrzewnej ściennej, a wreszcie robimy wspomnianą poprzednio plastykę dna miedniczego. Wyniki nasze, o ile mieliśmy sposobność stwierdzić, były bez zarzutu.

Statystyka oddziału wykazuje, że, jak wspomniano, operowano z powodu tyłozgięcia macicy 48 razy, z tego wykonano przyszycie macicy 21 razy, 10 razy zabieg Alexandra-Adamsa, a 17 razy zabieg Dolérisa. Z powodu wypadania macicy operowano 44 razy i obok plastyki dna miedniczego wykonano 21 razy przyszycie macicy, 11 razy zabieg Alexandra-Adamsa, a 12 razy zabieg Dolérisa.

Dodatkowo wspomnę, że u kobiet bardzo starych, nie miesiączkujących przy zupełnem wypadaniu pochwy i macicy wykonaliśmy w 8 przypadkach z wynikiem bardzo dobrym zupełne wycięcie pochwy według Muellera.

Zapiski lecznicze z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

II. Doniesienie *).

1. Uzara.

W porównaniu ze środkami przeczyszczającymi, których liczba prawie z każdym dniem wzrasta, posiadamy bardzo mało przetworów leczniczych, któreby działały wstrzymująco przy wszelkich biegunkach, towarzyszących rozmaitym sprawom chorobowym w jelitach. Prócz środków, mających działanie odkażające w jelitach (kwas salicylowy i jego pochodne) i ściągających (tannina i inne t. p. przetwory zawierające kwas garbnikowy), posiadamy w makowcu, względnie w morfinie, a niekiedy w atropinie pewne środki przeciwbiegunkowe. Środki te mają porażać zakończenia nerwowe w mięśniach gładkich jelit, przez co wstrzymując ruch robaczkowy, zapobiegają biegunkom, a o ile biegunce towarzyszą bóle, uśmierzają je, albo do pewnego stopnia łagodzą. Nie ulega więc wątpliwości, że sąto środki pewne, jednakowoż jako alkaloidy nie są obojętne dla ustroju i stosowane przez dłuższy czas mogą wywrzeć nader szkodliwy wpływ, zwłaszcza u dzieci.

Uzara ma być, jak głosi reklama, środkiem, nie zawierającym w sobie ani alkaloidów, ani kwasu garbnikowego, a mimo to ma działać wstrzymująco przy wszelkich ostrych i przewlekłych biegunkach, nawet na tle bakteryjnym i pełzakowem. Równocześnie ma uśmierzać podobnie jak alkaloidy bóle i parcie, towarzyszące biegunkom.

Uzara jestto roślina, która rośnie na wybrzeżach morskich Afryki i tak się też u krajowców nazywa. Należy ona prawdopodobnie do rodziny »Asclepiadaceae«, ale jeszcze dokładnie dotychczas nie została zbadana.

Korzenie tej rośliny, nadzwyczaj silnie rozwinięte, mają swoisty gorzki smak.

Uzarę zaczął stosować jako lek po raz pierwszy Hopf z Melsungen, który kilka lat przepędził w okolicach, gdzie rośnie uzara. Działania tego, jak Hopf powiada, cudownego środka, doświadczył na sobie. Skoro bowiem zapadł na ciężką dysenteryę, a wszelkie leki zawiodły, kazał do siebie sprowadzić krajowca znachora. Ten podał mu kawałek zasuszonego korzenia, po którego zażyciu wystąpiło znaczne polepszenie, a w kilka dni potem wyzdrowienie. Przekonawszy się jeszcze w kilkunastu przypadkach dysenteryi o tem znakomitem a szybkiem działaniu uzary, postanowił Hopf roślinę tę przesłać do Melsungen, by zbadano w tamtejszej pracowni dokładnie jej skład chemiczny. Badaniem uzary zajęli się Prof. Mannkopf w Marburgu i Dr Lambert w Melsungen, ten też pierwszy wprowadził uzarę jako środek leczniczy.

Badaniem chemicznem wykazano w uzarze 15% wody, 20% skrobi, dekstryny i cukru, 25% pewnych ciał nieokreślonych, które można z uzary wyciągnąć gorącym wyskokiem, 14% popiołu (w którym głównym składnikiem jest KCL) i 25% włókien drzewnych. Alkaloidów i kwasu garbnikowego nie znaleziono. Wyciąg alkoholowy zawiera jeszcze inne obojętne ciała, jak tłuszcze, lipoidy, istoty żywiczne, olejki eteryczne. Wszystkie te ciała stoją do siebie w pewnym stosunku powinowactwa, tak że np. z wyciągu wyskokowego można zaledwie wyciągnąć pewną część tłuszczu eterem lub chloroformem; wyciąg zaś wyskokowy po odparowaniu przedstawia się jako masa emulsyjna: w małej ilości wody rozpuszcza się po największej części masa pozostała po odparowaniu wyskoku, a w większej ilości wody wytrąca się większa część rozpuszczonych ciał jako masa żywiczna, która nie rozpuszcza się więcej w wodzie, rozpuszcza się trudno w alkoholu absolutnym, a łatwo w alkoholu rozcieńczonym. Eter i chloroform nie wyciągają tych ciał ani z suchej istoty, ani z wysuszonego wyciągu, ale można je przynajmniej częściowo strącić eterem i chloroformem z wyciągów wodnych. Na tej drodze udało się Prof. Gürberowi w Marburgu wykrystalizować z tej istoty trzy różne ciała. Jednakowoż badanie ich składu (wzorów chemicznych) nie udało się, tak, że nic bliższego o składzie chemicznym tych ciał nie mógł powiedzieć. Jedna tylko z tych krystalicznych istot przy gotowaniu z kwasami daje cukier, należy więc niewątpliwie do glikozydów; co do drugiego ciała na razie nic pewnego nie mógł powiedzieć, a trzecie ciało z wszelką pewnością do glikozydów nie należy.

Wszystkie te trzy ciała nie zawierają azotu i dają ze

*) Pierwsze »Doniesienie« zob. »Przegląd lekarski« 1912, Nr. 1.

*) Badanie chemiczne pastylek uzary w tutejszej klinice nie wykazało morfiny, ani kwasu garbnikowego.

zgęszczonym kwasem siarkowym barwne odczyny; krystaliczne postacie tych ciał są w wodzie nierozpuszczalne, łatwo zaś rozpuszczają się w alkoholu rozcieńczonym. Najprawdopodobniej te trzy ciała krystaliczne są głównymi składnikami działającymi w uzarze; są one smaku bardzo mało gorzkiego (gorzki więc smak uzary należy odnieść do innych ciał, które znajdują się w całej istocie).

Z tego wszystkiego wynika, że działanie farmakodynamiczne uzary jeszcze dotychczas nie jest dokładnie zbadane, zwłaszcza że ilość i jakość istot działających w uzarze podlega rozmaitym wahaniom, które mogą być zależne od wieku rośliny, czasu jej zbioru i innych czynników.

Dopiero po wielu usiłowaniach udało się istoty działające w uzarze połączyć w pewien związek, w którym jest zachowany stosunek pomiędzy wagą przetworu, a jego działaniem.

Farmakologicznie ma uzara według Gürbera działać na układ nerwowy ośrodkowy i obwodowy, na serce i naczynia krwionośne i białe ciałka krwi. Na układ nerwowy ma działać uzara początkowo podrażniająco, później porażająco zakończenia i pnie nerwowe. Na zakończenia nerwu współczulnego działać ma podrażniająco, na serce zaś za pośrednictwem nerwu błędnego wpływa podobnie jak naparstnica, t. j. zwalnia i wzmacnia czynność serca, początkowo ma również podnosić ciśnienie krwi, częściowo przez podrażnienie nerwów naczynioruchowych, częściowo przez bezpośrednie zadziałanie na ścianę naczyniową. Doświadczenia wykonane na zwierzętach w zakładzie farmakologicznym w Marburgu przez Gürbera, miały wykazać, że uzara działa na wycięte kawałki z naczyń zwierząt podobnie, jak adrenalina. Odczynu źrenicznego Ehrmana na oku żabiem nie otrzymano.

W tutejszej klinice odczyn Ehrmana wykonany na oku żabiem wypadł wybitnie dodatnio, to znaczy, że kropla 2% rozczynu uzary, puszczona na oko żabie, wywołała po kilku minutach znaczne rozszerzenie źrenicy, które utrzymywało się przez kilka godzin, w czem dowód, że uzara działaniem swojem przypomina adrenalinę.

Gürber podaje, że próbował działania uzary na rozmaite pełzaki (ameby) i przekonał się, że skoro tylko pełzak zetknie się z kroplą rozczynu 2% uzary, popada początkowo w ruchy drgawkowe, a następnie powoli ginie. Doświadczenie to byłoby bardzo pouczające, gdyby tak rzeczywiście było, i uzara mogłaby w takim razie zająć pierwszorzędne stanowisko w leczeniu dysenteryi.

Uzarę podaje się jako środek przeciwbiegunkowy w postaci płynu, kołaczyków i czopków. Wszystkie te trzy postacie leku są wprowadzone w handel. Płyn uzary jest 2%, kołaczyki zawierają 0·005, a czopki po 0·005 do 10 lub 20 mgr. Płyn można podawać w postaci kropel i to 30 kropel sześć razy dziennie, albo jako rozczyn 10:150 cztery razy dziennie, jednakowoż należy o tem pamiętać, że w rozczynie wodnym bardzo rozcieńczonym środek ten rozkłada się. Kołaczyki podaje się sześć razy dnia po 3—4, a czopki trzy razy dziennie po jednym. Dawki dla dzieci są znacznie mniejsze, i tak, dla niemowląt wynoszą $^1/_5$ część dawki dla dorosłego człowieka. Dla dzieci bardzo dogodny jest rozczyn z dodatkiem syrupu pomarańczowego. Dawki wyżej podane, powtórzone po raz drugi, mają sprowadzać dobry skutek we wszystkich ostrych i przewlekłych biegunkach bez żadnego ubocznego działania.

W tutejszej klinice podawano uzarę przez całe zimowe półrocze w dawkach wyżej opisanych, przeważnie w postaci kropel 2% rozczynu jakoteż w kołaczykach, we wszystkich przypadkach chorobowych, którym towarzyszyła biegunka i przekonano się, że uzara istotnie jest środkiem przeciwbiegunkowym z wyjątkiem biegunki przy gruźlicy jelit, gdzie podana nawet w największych dawkach, okazała się zupełnie bezskuteczną. W innych biegunkach, a przedewszystkiem przy ostrym nieżycie żołądkowo-jelitowym (gastroenteritis acuta), uzara już po dwukrotnem zażyciu 3 kołaczyków działała wstrzymująco, a liczba stolców z ośmiu zmiejszyła się do dwóch. Stolce, przedtem wodniste, były wprawdzie jeszcze płynne, ale gęstsze, papkowate. Po dwóch lub trzech dniach przy zażywaniu 3 do 4 razy dziennie po 5 kołaczyków, zazwyczaj był już tylko jeden stolec uformowany w grudki. Zupełnego zatrzymania stolca, jak to zwykle bywa po zażyciu makowca, nie zauważono. W jednym przypadku ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego, który rozpoczął się wymiotami, bólami kurczowymi w całym brzuchu i biegunką, parciem na stolec i ogólnym zapadem, po podaniu 3 razy po 30 kropel uzary wszystkie te objawy ustąpiły, a tętno, które było szybkie i nikłe, już po 4 godzinach było wolniejsze i lepiej napięte, liczba stolców z dwunastu zmniejszyła się na trzy już w pierwszym dniu, a po czterech dniach był już tylko jeden stolec prawidłowy. Jeden raz podano uzarę w biegunce przy zapaleniu poprzecznem rdzenia (myelitis transversa), gdzie biegunka trwała przedtem kilka miesięcy i nawet po bardzo wysokich dawkach makowca nie ustępowała (chory miał dziennie 3 płynne stolce). Po kilkudniowem zażywaniu uzary chory miał jeden, a czasami dwa stolce, które jednakowoż zresztą niczem nie różniły się od stolców przed podaniem uzary i nadal pozostały płynne.

We wszystkich innych przypadkach biegunki uzara, jeżeli nie zupełnie usuwała, to przynajmniej zmniejszała liczbę stolców, jako to zauważono w dwóch przypadkach nieżytu żołądkowo-jelitowego przewlekłego (gastroenteritis chronica; gdy przed podaniem uzary chorzy mieli cztery do pięciu płynnych stolców dziennie, to po podaniu liczba ich zmniejszyła się o połowę dziennie. Bóle i parcie na stolec niezawsze po zażyciu uzary ustępowały.

Objawów ubocznego działania uzary nie zauważono nigdy, nawet po podaniu bardzo wysokich dawek (40—50 kołaczyków dziennie).

Ciśnienie krwi po zażyciu uzary, badane sposobem Riva-Rocciego, było nieco wyższe, zwłaszcza u osób młodszych, z czego wniosek, iż lek ten działa podobnie na ścianę naczyń, jak adrenalina.

Uzarę należy polecać jako środek przeciwbiegunkowy (antidiarrhoicum) i może ona być bardzo użyteczna w porze letniej, gdy u nas w pewnych miesiącach prawie nagminnie występuje ostry nieżyt żołądkowo-jelitowy; może być ona zwłaszcza dlatego użyteczna, że można ją zupełnie pewnie podawać dzieciom.

Podawano też równocześnie uzarę w klinice medycznej w kilku przypadkach bolesnego miesiączkowania, ale bez skutku, mimo głoszenia przez reklamę o jej cudownem działaniu na bolesne miesiączkowanie.

Ze względu na to, że uzara podwyższa nieco ciśnienie krwi, może ona być przeciwwskazana u osób starszych, lub dotkniętych miażdżycą tętnic.

Dr Z. Wachtel.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Karol Schiller. **Patologiczne działanie gorąca na tkanki.** (Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie. IX zeszyt 1911). Z wyjątkiem Silexa wszyscy autorowie zgadzają się na to, że wyższa ciepłota, działająca na skórę, podnosi nietylko ciepłotę skóry, ale także ciepłotę głębszych tkanek. Zbytniemu ogrzaniu tkanek przeszkadza jednak krążenie krwi i limfy, które działają ochładzająco. Wyższa ciepłota, stosowana na powierzchnię ciała w jakikolwiek sposób, wywołuje następujące zmiany: 1) zwiększenie się krążenia

krwi, 2) zwiększenie się krążenia limfy, 3) zwiększenie się wydzielania potu. Najkorzystniej działa na krążenie krwi i limfy ciepłota 80—120° C., stosowana nie dłużej, niż przez przeciąg kilku godzin. Natomiast dla wydzielania się potu granica korzystnej ciepłoty leży między 50 a 60° C. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że nabieg limfy, wywołany np. ciepłymi okładami, działa korzystnie na przebieg zapalenia przez to, że w myśl Buchnera działa przez swoje ciała ochronne (aleksyny) hamująco na rozwój bakteryi (autoseroterapia). Przy stosowaniu zaś jeszcze wyższej ciepłoty, i to przez czas dłuższy, występuje już działanie patologiczne gorąca, t. j. zamiast przekrwienia czynnego nastaje bierne, a krążenie limfy i wydzielanie się potu zupełnie ustają.
Weissglas.

Ascoli i Legnani. **Skutki wycięcia przysadki.** (Münch. med. Woch. 1912, . r 10). A. i L. wycinali przysadkę u psów. Zabieg to dla zwierzęcia ciężki i na 70 doświadczeń zaledwo w kilku przypadkach udało się psy zachować przy życiu. Po wycięciu przysadki spostrzega się przedewszystkiem nagłe wstrzymanie się wzrostu zwierzęcia a rychłe tycie. Kostnienie i ząbkowanie znacznie się zwalniają, odżywienie kości bardzo cierpi. Nadto spostrzega się wstrzymanie rozwoju płciowego, zanik śledziony, grasicy, tarczycy. W nadnerczach spotyka się nieraz krwotoki. Psychicznie okazują zwierzęta depresyę. K.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Lewaszew. **W sprawie swoistego leczenia gruźlicy płuc.** (Rus. Wracz 1912, Nr 7). Autor u chorych na zimnicę i gruźlicę płuc spostrzegł, iż błękit metylenowy stosowany w takich przypadkach nietylko oddziaływa na zimnicę, ale też i na sprawę gruźliczą, która znacznie polepsza się pod wpływem stosowania tego środka. Wobec tego rozpoczął L. badania nad wpływem trifenilmetanów na przebieg gruźlicy płuc. W ostatnich czasach stosował »tryparasan«, chlorowe połączenie parafuksyny, nadesłane mu przez prof. Ehrlicha, jako mało trujące. Podawał chorym po 4—8 razy dziennie 0,5—1.0 gm. tryparasanu z obojętnym proszkiem w celu zmniejszenia bezpośredniego, przeważnie mechanicznego działania tryparasanu na błonę śluzową. Leczenie trwało od kilku tygodni do kilku miesięcy. W spostrzeganych przez L. przypadkach ciężkiej gruźlicy stosowanie tryparasanu dało doskonałe wyniki: gorączka i poty zmniejszały się szybko, ogólny stan polepszał się, ilość plwociny zmniejszała się, a objawy osłuchowe i opukowe świadczyły o polepszeniu się stanu płuc; w jamach rzężenia pozostawały nadal, co świadczy zdaniem L. tylko o swoistem działaniu środka na laseczniki gruźlicze.
Z. Gilewicz.

Prof. Krawkow. **O stosowaniu »polygonum hydropiper« przy krwotokach wewnętrznych.** (Rus. Wracz, 1912, Nr 7). Doświadczenia, podjęte w klinice prof. Fawickiego i Lebiediewa z wyciągiem płynnym tej rośliny u chorych z krwotokami, dały wyniki bardzo zadowalniające. Dokładniejsze badanie farmakologiczne tego środka, dokonane w pracowni Krawkowa, nie pozwoliło jednak określić istoty tego działania; można tylko twierdzić z pewnością, iż nie gra tu żadnej roli zwężenie naczyń. Dlatego też zdaniem Krawkowa należy przypuszczać, iż »polygonum hydropiper« zwiększa krzepliwość i lepkość krwi i w ten sposób zatrzymuje krwotoki. Z. Gilewicz.

Sauer. **W sprawie zastosowania maski płucnej Kuhna.** (Klin. therap. Woch. 1912, Nr 14—15). Maska Kuhna znalazła już obecnie bardzo obszerne zastosowanie. Jak wiadomo, w masce tej utrudniony jest wdech, natomiast wydech odbywa się zupełnie prawidłowo. W pierwszych dniach przy stosowaniu maski zjawia się uczucie ucisku w głowie, a czasem bóle mięśniowe klatki piersiowej, co wkrótce znika. Wtedy stosuje się już systematycznie maskę dziennie po 2 godziny, ogółem zależnie od potrzeby przez przeciąg kilku tygodni lub nawet miesięcy (gruźlica). Przez użycie maski wywołuje się wybitne przekrwienie płuc i ułatwia odchodzenie wydzielin, ćwiczy klatkę piersiową i wzmacnia ochronne siły ustroju. Oddaje to cenne usługi w leczeniu gruźlicy, niedorozwoju i skłonności do gruźlicy, w rozedmie płuc, dychawicy (jako środek wstrzymujący napady) i t. p. Maska wpływa też korzystnie na szybsze wsysanie się wysięków opłucnych, jest wybitnym środkiem krwiotwórczym (niedokrwistość, blednice), działa korzystnie w schorzeniach serca, stosują ją też przy zapaleniu płuc, dalej jako środek nasenny u nerwowych, przy krztuścu i t. p. Przy racyonalnem stosowaniu maska nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa. A.

R. Hoesslin. **Nowy objaw tętniaka aorty.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 1). U chorego, cierpiącego na tętniaka aorty, zauważył H. ciekawy rytm oddechowy. Po głośnym świszczącym wdechu następował wydech rytmiczny przerywany, z kilku pauzami. H. tłómaczy ten objaw w danym przypadku tak silnym uciskiem, wywieranym przez tętniaka na pień lewego oskrzela, że wydech mógł się odbywać jedynie w czasie rozkurczowego opróżniania się tętniaka. M. Sokołowski.

Henryk Wolf. **Fizyologiczne podstawy wodoleczenia chorób serca.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1911, zeszyt XII). Kąpiele letnie (28° C.) nie działają bezpośrednio na serce ani na nerw błędny, natomiast wywierają wpływ na ośrodki nerwowe naczynioruchowe, skutkiem czego następuje skurcz naczyń obwodowych z następowem podniesieniem ciśnienia krwi podczas rozkurczu serca, co znowu wpływa korzystnie na ukrwienie mięśnia sercowego. Kąpiele letnie można więc stosować tylko tam, gdzie serce jeszcze rozporządza siłą zapasową, a nie znajduje się w okresie większego niewyrównania. Dalsze działanie takich kąpieli polega na tem, że wskutek obniżenia zwiększonej ciepłoty ciała (jeżeli taki przypadek zachodzi), zmniejsza się wywołana przez nią wzmożona czynność serca. Lepsze odżywienie mięśnia sercowego, zależnie od lepszego ukrwienia jego podczas długiego okresu rozkurczowego i lepszego ciśnienia, wywołanego zadrażnieniem ośrodków naczyniowych — oto skutek kąpieli letnich. Istotnej różnicy między kąpielami z CO_2 a zwykłemi — niema; pierwsze działają tylko nieco silniej na naczynia skórne. Weissglas.

Z. v. Dalmody. **Ocenianie zdolności oddziaływania wodoleczniczego.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, 1911, zesz. VI). Najprzystępniejszym do badania objawem odczynu wodoleczniczego jest przekrwienie czynne, wzmożone i przyspieszone krążenie krwi w skórze. Autor stara się ocenić szybkość zmiany krążenia włosowatego na podstawie zasad James Barra, t. j. obserwuje czas znikania białej plamy, powstałej na skórze po ucisku palcem przed i po zastosowaniu zabiegu wodoleczniczego, obliczając średnią z 5—10 badań. Najodpowiedniejszem miejscem do badania jest skóra nad mostkiem. Jest to postępowanie proste, wystarczające i zasługujące w zupełności na uwzględnienie przy stosowaniu zabiegów wodoleczniczych.
Weissglas.

Prof. Schüle. **Względna niedomoga żołądka.** (Medizin. Klinik 1912, Nr 11). Autor rozróżnia 2 rodzaje względnej niedomogi żołądka: wydzielniczą i ruchową. Pierwszą poznajemy po tem, że żołądek w pewnych warunkach wydziela prawidłowo, w innych zaś niedostatecznie, głównie zaś, gdy wchodzą w grę czynniki hamujące wydzielanie, które to hamulce żołądek zdrowy łatwo pokonać potrafi. Te czynniki hamujące są: 1) natury dyetetycznej, jak tłuszcze, cukier, strawy bardzo słone, 2) psychicznej, jak wstręt do jadła, depresya umysłowa, wreszcie 3) organicznej, a więc choroby wywołujące bezkwaśność (anaciditas) żołądka, jakoto nieżyt, niedokrwistość złośliwa, wreszcie pierwszy okres raka żołądka. Należy przypadłość tę badać po śniadaniu próbnem Ewalda (szklanka herbaty

bez mleka z bułką), a głównie po obiedzie Leube-Riegela (talerz zupy perłowej, befstek z purée ziemniaczanem).

Niedomogę ruchową poznajemy po tem, że żołądek zdrowy powinien być próżny w 2 godziny po próbnem śniadaniu, a w 6—7 godzin po obiedzie; także rano na czczo po kolacyi spożytej o 8 wieczór (herbata z mlekiem, zimne mięso i chleb z omastą) powinien zdrowy żołądek być pusty. Żołądek ruchowo osłabiony nie opróżnia się w tym czasie. Albo inna próba: waga śniadania próbnego części przefiltrowanej w godzinę po spożyciu powinna prawidłowo nie przenosić 6 gramów. Oznaczanie zapomocą promieni Röntgena (kapsułki bizmutowe pływające w płynie żołądkowym) nie ma znaczenia dla lekarza praktykującego prywatnie. Leczenie tego schorzenia polega na podawaniu strawy w małej ilości a często: potrawy mączne i przetarte jarzyny są bardzo polecenia godne. Ze środków leczniczych mają zastosowanie kwas solny, pepsyna i wronie oko (nux vomica). Po obiedzie zaleca się leżenie przez godzinę z mokrym okładem na brzuchu, przykrytym blaszanką, napełnioną gorącą wodą lub termoforem. Przytem tuszowanie brzucha, lekkie miesienie, faradyzacya. Autor poleca także przebywanie w okolicach niezbyt wysoko położonych (600—1200 m.), jako wzmacniające wogóle ustrój. Wreszcie dobrze działają systematyczne płukania żołądka. Mondschein.

A. Schott. **Barwienie morfotycznych składników moczu.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). S. celem uzyskania barwnych preparatów osadu moczu poleca sposób następujący: Do 10 cm^3 moczu dodaje 3 krople 5% wodnego rozczynu błękitu anilinowego i 6—8 kropli $2\frac{1}{2}$% rozczynu glicerynowego eozyny z dodatkiem 5% kwasu karbolowego (acidum carbolicum liquef.). Mocz ten po wymieszaniu centryfuguje i otrzymuje osad już zabarwiony, który bada sposobem zwykłym. M. Sokołowski.

Straub i Schlayer. **Mocznica jako zatrucie kwasami.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 11). Już przed kilkunastu laty wyraził Jaksch przypuszczenie, że napad mocznicy polega na zatruciu kwasami, stwierdzenie jednak tego zapomocą stosowanych w owych czasach metod nie mogło być stanowczo uzasadnione. Dopiero metoda Haldanea, umożliwiająca oznaczanie ciśnienia parcyalnego kwasu węglowego, znajdującego się w powietrzu pęcherzyków płucnych, rozświetliła nieco tę sprawę. Haldane dowiódł, że ciśnienie parcyalne CO_2 w pęcherzykach płucnych jest stałem, wśród różnych nawet warunków. Krew tętnicza, pozostająca w równowadze napięcia z powietrzem w pęcherzykach płucnych (Krogh), pobudza ośrodek oddechowy. Pod wpływem kwasu węglowego krwi pracuje ośrodek oddechowy w ten sposób, że ciśnienie parcyalne CO_2 w pęcherzykach, a zatem i CO_2 krwi tętniczej pozostaje stałem. Ciśnienie prawidłowe wynosi 35—40 mm Hg. Jeśli z jakiejkolwiek przyczyny krew obfituje w produkta kwaśne, wówczas działają one również podniecająco na ośrodek oddechowy i w ten sposób zastępując prawidłowy bodziec, t. j. CO_2, zmniejszają ciśnienie parcyalne CO_2, które jest tem niższe, im więcej innych kwasów krąży we krwi. Opierając się na tym fakcie, możemy według Haldanea zapomocą pomiaru ciśnienia CO_2 wykazywać stopień zatrucia kwasami. Autorowie stwierdzili to, badając szereg chorych z objawami mocznicy. W przypadkach ciężkich ciśnienie parcyalne CO_2 trzymało się granic nizkich, w miarę zaś poprawy i ustępowania objawów mocznicy ciśnienie, wzrastając, zbliżało się do granic prawidłowych.

M. Sokołowski.

F. Marchand. **Przyczynek kazuistyczny do leczenia zatrucia kwasami.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). W ciężkich przypadkach zatrucia kwasami nieorganicznymi następuje stosunkowo krótko po zażyciu trucizny śmierć wśród objawów porażenia ośrodków naczynioruchowych i oddechowych. Objawy te występują nie, jakby się zdawało, skutkiem bezpośredniego działania kwasów, lecz są następstwem zubożenia krwi i soków ustroju w zasady, które ustrój traci wskutek wiązania się ich z kwasami. Typowym przykładem zubożenia ustroju w zasady jest śpiączka cukrzycza i odkąd wiemy, że stan ten wywołany jest skutkiem wytwarzania się w ustroju kwasów organicznych, staramy się go usunąć doprowadzaniem zasad do ustroju. Wewnętrzne podawanie zasad z wielu względów napotyka na trudności, zwłaszcza w przypadkach otruć kwasami organicznymi, gdzie liczyć się trzeba z niebezpieczeństwem przedziurawienia przy sondowaniu. M. w przypadkach ciężkiej śpiączki cukrzycznej i przy otruciu kwasem siarkowym zastosował śródżylne wstrzykiwania węglanu sodu z bardzo pomyślnym skutkiem. Węglan sodu wstrzykiwał śródżylnie w rozczynie 5% w ilości 300 cm^3 i to po uprzedniem odpreparowaniu żyły; ostrożność tę uważa za konieczną, gdyż nawet najmniejsze ilości tak silnie zasadowego rozczynu w zetknięciu z tkanką podskórną wywołują martwicę.

M. Sokołowski.

Neurologia i psychiatrya.

Doc. Quensel. **Psychoza z zatrucia tlenkiem węgla.** (Med. Klinik, 1912, Nr 11). Wedle Tibeliusa w bardzo urozmaiconym obrazie tego zatrucia dają się wyróżnić 2 główne typy: 1) psychoza powstała zaraz po początkowej śpiączce (coma) i 2) wybuchła dopiero po dłuższej przerwie, w której chorzy czują się mniej lub więcej dobrze. W pierwszym typie istnieją obrazy krótkotrwałego podrażnienia nerwowego i majaczenia aż do zupełnego otępienia (dementia), kończąc się po dniach, tygodniach, a często i latach wyleczeniem, choć niezawsze zupełnem, ale mogące też po krótkim czasie skończyć się śmiercią. Obraz drugiego typu jest bardziej urozmaicony, jakkolwiek i ta choroba ma skłonność do przejścia w otępienie. W obu typach występują: zaburzenia w pojmowaniu, oryentowaniu się, pamięci, zamącenia umysłu, tępota umysłu, zwykle silna depresya, dominująca nad innymi objawami. Przytem zdarza się też ślepota zupełna lub połowicza, porażenia, niedowłady, zaburzenia w mowie, stany kataleptyczne i t. d. Nierzadkie także są zaburzenia w krążeniu, porażenia nerwów naczynioruchowych, zmiany odżywcze.

Anatomiczne zmiany, z zatrucia tlenkiem węgla pochodzące, są to albo bezpośrednie uszkodzenia włókien nerwowych i komórek, albo zmiany w naczyniach, a w ich następstwie ogniska rozmiękłe w układzie nerwowym ośrodkowym. Mondschein.

Sollier. **Objawy cenestezyi z jednej strony mózgu i depersonalizacyi w związku ze zmianami organicznemi mózgu.** (Encephale 1910 Nr. 10). Czy mamy świadomość tego, co się dzieje w naszym mózgu? poczucie tego, że on działa? Zdaniem autora poczucie takie istnieje; jest to czucie cenestetyczne. Istnienia jego dowodzą takie n. p. fakty, jak uczucie natężenia i wysiłku przy przypominaniu sobie czegoś i t. d.

Poczucie naszej osobowości (sentiment de notre personalité) jest w zależności od czucia cenestetycznego i świadomości, jaką posiadamy o prawidłowem działaniu naszego mózgu. Opiera się ono na koordynacyi i zlaniu się wrażeń mózgowych (sensations cérébrales), powstających przy czynności części tylnobocznych mózgu (sfery ruchowej i percepcyjnej) i części czołowych, przeznaczonych do apercepcyi, pamięci i ogólnej ideacyi. Poczucie osobowości powstaje więc przy uczuciu działania mózgu w jego całości. Przy zerwaniu wspomnianej powyżej łączności i zaburzeniach koordynacyi może powstać depersonalizacya. W przypadkach zaburzeń cenestetycznych i depersonalizacyi jest depersonalizacya połączona z takiemi zjawiskami, jak uczucie gwałtownego wstrząsu, rozpadania się mózgu i t. p. Jednakowoż dotychczas jeszcze nie było dowodów, któreby wskazywały, że wszystkim tym chorobliwym wrażeniom odpowiada coś realnego, jakieś zmiany anatomopatologiczne. Takich właśnie dowodów dostarcza dopiero przy-

padek, spostrzegany przez autora. 28-letni mężczyzna, profesor kolegium, już od pierwszego roku swej choroby miał zaburzenia cenestetyczne. W końcu zupełnie wyraźnie wystąpiła depersonalizacya. Chory nie odczuwa zewnętrznego świata, otaczająca przyroda nie sprawia na nim żadnego wrażenia. W końcu traci chory pojęcie czasu i przestrzeni, staje się istotą bezosobową i nie może nawet dwóch dni naprzód sobie wyobrazić. Prócz tego doznaje chory po stronie prawej całego szeregu wrażeń chorobowych; ma przeczulicę węchu, słuchu i osobliwie wzroku. Chory stale odczuwa, jak lewa połowa mózgu zasypia, prawa zaś jest zanadto podniecona, aby mogła spać. Zwykle żyje chory lewą stroną, prawa zaś strona nie myśli wcale. Jedna połowa głowy szuka drugiej i to uczucie według słów chorego ma być okropne. Chory ma wrażenie, że mózg mu rośnie i ciasno mu w czaszce.

Nakłucie, a następnie trepanacya czaszki wykazały wzmożone ciśnienie i przekrwienie prawej półkuli mózgowej. Chory ten zmarł, sekcya jednak nie mogła być dokonana; ścisłe więc określenie zmian mózgu było niemożliwe. Jednakowoż faktem pozostaje, że chorobliwym odczuciom, których chory doświadczał ze strony prawej mózgu, odpowiadały w pewnym stopniu zmiany, znalezione w czasie operacyi. Dr L. Mańkowski.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Baecki: **O indywidualnem rozpoznaniu krwi ludzkiej.** (Friedreich's Blätter f. ger. Med. 1912. Zeszyt II.). Na podstawie obszernej pracy dochodzi autor do wniosku, że izoaglutynacya jest regularnem zjawiskiem we krwi osobników zdrowych i chorych. W zasuszonej krwi zachowują izoaglutyniny długo niezmienioną zdolność aglutynacyi, opierają się także gniciu, a ulegają osłabieniu przez półgodzinne grzanie do 56° C. Izoaglutynująca zdolność surowicy zachowuje się przez długi czas stale u tego samego osobnika. W stosunkach prawidłowych nie występują zjawiska autoaglutynacyi. U noworodków prawie stale brak izoaglutynin, albo też są tylko ich ślady. Każda ludzka krew okazuje wybitne indywidualne własności izoaglutynacyjne. Jest rzeczą możliwą w przeważnej liczbie przypadków rozstrzygnąć, czy dany ślad krwawy pochodzi od danej osoby, czy nie. J. Olbrycht.

Baecki: **Sposób bezpośredniego badania plemników w plamach nasiennych.** (Vjschrft f. ger. Med 1912. Tom 43. Zeszyt 1.). Autor gorąco poleca zmodyfikowaną nieco obecnie swoją metodę bezpośredniego badania plemników w plamach nasiennych, którą się wykonuje w sposób następujący: 1) Barwienie 1 cm² wielkiego kawałka plamy nasiennej przez pół do 1 minuty w jednym z następujących rozczynów: a) 1% kwaśna fuksyna albo błękit metylowy (nie metylenowy) 1 część na 40 części zakwaszonej wody (HCl 1, Aqu. dest. 100), albo b) 1% kwaśna fuksyna, 1% błękit metylowy ana 1 część na 40 części zakwaszonej wody. 2) Obmycie w zakwaszonej wodzie. 3) Osuszenie w powietrzu lub odwodnienie w alkoholu absolutnym. 4) Wyjaśnienie preparatu na szkiełku przedmiotowem w ksylolu, balsam. Celem mikroskopowego badania należy silniej zabarwioną stronę plamy obrócić do góry. W przeciwnym razie należy badać obie strony. Wreszcie, o ile plamy nie są świeże, należy stosownie do przypadku od $\frac{1}{2}$—24 godzin namoczyć w 20—30% amoniaku, a następnie przed samem barwieniem przenieść jeszcze do wody przekroplonej. J. Olbrycht.

Heidenhain: **Śmierć nagła skutkiem schorzenia serca w następstwie zresztą nieszkodliwych afektów.** (Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1911, Nr. 10). Nawet lekkie, same przez się mało znaczące wpływy mogą wywołać śmierć, jeżeli działają u ludzi z chorem sercem. Autor opisuje dwa takie przypadki:

1. Pewnemu restauratorowi spadł 30 maja z. r. kawałek cegły na obnażoną głowę; następstwem tego była mała, lekko brocząca rana. Obrażony zjadł obiad, położył się do łóżka; po kilku godzinach przy budzeniu się ma zawrót głowy, zaczyna majaczyć, traci przytomność i umiera 3 czerwca. Sekcya: Silne przekrwienie wszystkich narządów, a zwłaszcza płuc, w następstwie powoli rozwijającego się porażenia serca. Za przyczynę uważa H. znacznego stopnia zwyrodnienie tłuszczowe; po doznanym przestrachu serce nie mogło wrócić do równowagi.

2. Pewnego leśniczego znaleziono bez życia obok na wpół przewróconego wózka. Zewnętrznie nie było żadnych wybitniejszych obrażeń. Sekcya: znacznego stopnia rozszerzenie i stłuszczenie serca. I w tym przypadku przyjąć należy, że afekt, któryby u zdrowego wywołał może co najwyżej przejściowe bicie serca, wywołał w ciężko schorzałem sercu wyczerpanie i niedomogę, które się nie wyrównały. Silniejszego wstrząsu mózgowego, któryby śmierć wywołał, w obu przypadkach ani wywiady, ani inne fakta przyjąć nie pozwalały. J. Olbrycht.

Rapmund: **O zatruciu strychniną ze stanowiska sądowo-lekarskiego** (Vjschrft f. g. Med. T. 42, Zeszyt 2. S. 243). Obok systematycznego opisu zatrucia strychniną przy starannem uwzględnieniu obszernej literatury i kazuistyki, podaje autor szereg własnych doświadczeń. Przez nie mógł autor potwierdzić spostrzeżenie Koellikera i Martina, że trucizna najszybciej działa przy bezpośredniem zetknięciu się z rdzeniem (śródoponowo 4 razy silniej niż śródżylnie). A zatem błędnem jest przypuszczenie, że także po wprowadzeniu trucizny do opon rdzeniowych musi trucizna najpierw dostać się do krwi, aby zadziałać. Wstrzykiwania podskórne stoją na trzeciem miejscu, działanie zaś od strony przewodu pokarmowego jest najsłabsze. Zapatrywanie Verworna, że śmierć następuje wskutek porażenia serca, nie potwierdziło się, ponieważ oddychanie zupełnie ustawało przy bijącem sercu. Ciepłota podnosiła się u zwierząt w czasie kurczów tylko o $\frac{1}{2}$—1°, a w przerwach opadała często poniżej normy, po śmierci zaś nie podnosiła się. Szczególnie silnie zaznaczonego stężenia pośmiertnego nie spostrzegano często, co także i do ludzi ma się odnosić. Mocz 10 zatrutych królików wywołał 7 razy u myszy kurcze tężcowe. Zwierzę, które po 2 minutach padało, nie miało w mózgu strychniny; po 4 minutach bywała jednak w każdym przypadku trucizna z moczem wydalana. — Dla rozbioru należy przechować szczególnie przełyk, żołądek i jelito cienkie, wątrobę, nerki, płuca, serce, krew i zawartość pęcherzyka żółciowego, ewentualnie także mózg, trzustkę i kości udowe. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 17 kwietnia 1912 r.

Przewodniczący kol. Damski, obecnych członków 40.

1) Kol. Dr Cercha miał wykład: **O znaczeniu chemii fizycznej i biologii dla balneologii i balneoterapia w ginekologii.**

Prelegent zaznaczył dobitnie zdrojowiskowy typ Galicyi, w której wszystkie typy wód leczniczych i kąpieli mają swych przedstawicieli; apelował do kolegów, aby zwartym szeregiem popierali zdrojownictwo krajowe, które wskutek małego zainteresowania ogółu lekarzy niedomaga; za główną przyczynę zastoju zdrojownictwa krajowego uważa prelegent brak szkoły balneologicznej, tj. brak katedr i pracowni balneologii doświadczalnej na obydwu uniwersytetach krajowych.

W ostatnich latach dziesięciu nastąpił znaczny przewrót w dziedzinie balneologii, a to dzięki chemii fizycznej i biologii. Te dwie nauki są dzisiaj podstawą w rozwoju balneologii. Prawa chemii fizycznej i biologii, a mianowicie

prawo ciśnienia osmotycznego i dyffuzyi od czasu powstania teoryi rozczynów soli (Van't Hoffa) i nauki o zdolności rozczynów soli nieorganicznych przewodzenia prądu elektrycznego (Arrhenius), które jest wynikiem rozszczepienia (dysocyacyi, jonizacyi) panują niepodzielnie w balneologii. Działania rozczynów soli, a takimi rozczynami są wody mineralne, na podstawie tych teoryi w nowem przedstawiają się świetle i nie wystarcza już dziś tłómaczenie dawniejsze działania wód mineralnych na ustrój. Trzeba więc uzupełnić dawne wzory rozbioru wód mineralnych prawami chemii fizycznej i biologii. Taki wzór rozbioru wody mineralnej powinien zawierać następujące punkta: 1) oznaczenie zawartości jonów, 2) oznaczenie obniżenia punktu marznięcia wody mineralnej, 3) oznaczenie zdolności przewodzenia prądu elektrycznego wraz z obliczeniem współczynnika rozszczepialności, 4) dawny chemiczny rozbiór co do soli i gazów (których nawet minimalne ilości mają wielkie znaczenie przy sprawach katalitycznych, podobnych do spraw fermentacyi, a którym to małym ilościom soli odmawiano dawniej jakiegokolwiek działania), 5) oznaczenie siły promieniotwórczej, względnie emanacyi wody mineralnej.

Prelegent przedstawił sposoby badania wód mineralnych metodami fizyczno-chemiczno-biologicznemi, a następnie przytoczył historyę zjawisk promieniotwórczości i emanacyi z uwzględnieniem działania promieniotwórczości i emanacyi wód mineralnych na zdrowy i chory ustrój ludzki.

W końcu na podstawie wieloletniego swego doświadczenia w zdrojowisku. Krynica-zdrój mówił prelegent o wskazaniach i wynikach leczenia chorób niewieścich metodą zdrojowo-kąpielową. Metoda ta lecznicza, stosowana umiejętnie z uwzględnieniem waranków higieniczno-dyetetycznych daje bardzo korzystne wyniki i w szeregu metod zachowawczego leczenia chorób części rodnych niewieścich zajmuje wybitne miejsce. (Streszczenie własne).

2) Kol. Zanietowski mówił: **O systemizacyi środków balneo-terapeutycznych oraz ich znaczeniu dla medycyny w ogóle, a dla neurologii w szczególności.**

Po krótkim wstępie historycznym, przedstawiającym rozwój systemizacyi balneoterapeutycznej od czasów dawnych, gdy Seneka i Hipokrates przepisywali »balaneion«, aż do najnowszych, w których według słów Leydena ku wspólnemu celowi rękę sobie podały: woda i powietrze, światło i ciepło, miesienie i elektryczność, określa prelegent pojęcie zakresu nowoczesnej balneoterapii i fizyoterapii. Jest to już pojęcie obszerniejsze od tego, które dawniej istniało, a balneoterapia nowoczesna rozporządza już szeregiem środków integralnych, ściślejszych, oraz pomocniczych, należących do szerzej pojętych granic doświadczalnej nauki. Pókiśmy dochodzili tylko do granic atomów, a nic nie wiedzieli o molionach i atomionach, póki murem granicznym oddzielaliśmy hydroterapię od termoterapii, a promienie świetlne od cieplnych, póki nie wiedzieliśmy, że te same jony odgrywają tak ważną rolę i w rozbiorze wód mineralnych i w analizie elektryczności, póki wreszcie nie mieliśmy pomostu między falami elektrycznemi a zjawiskami promieniowania, trudno było pozornie różne fakta analizować pod jednym kątem widzenia i kusić się nawet o ich systemizacyę.

Dziś już systemów naukowych i praktycznych posiadamy cały szereg. Jako najbardziej przejrzysty uważa prelegent system topograficzny, w którym odpowiadamy na pytanie, gdzie nam jakie środki dała natura do rozporządzenia i czem je człowiek uzupełnił. Wspominając o starej geologicznej mapie Galicyi Zórawskiego, oraz o szkicu zdrojowisk polskich, druk. w »Zdroju Ciechocińskim«, lecz nie zawierającym składu chemicznego wód i wzniesienia terenowego, demonstruje prelegent swoją pierwszą mapę zdrojowisk polskich, oraz swoją topograficzną mapę balneologiczną Europy, w której zestawił porównawczo zdrojowiska i uzdrowiska polskie z zagranicznemi. Następnie przechodzi do podziału fizyczno-chemicznego balneoterapii, do systemizacyi technicznej tejże, oraz do zasad podziału klinicznego, które już po części opisał był w swoich podręcznikach, oraz w swoich dotychczasowych pracach i odczytach. Na kilku przykładach, zaczerpniętych z pogranicza balneologii i neurologii, wykazuje prelegent, jak zasady powyższych rodzajów systemizacyi zastosować można do celów praktycznych i jak neurolog może środki integralne ściślejszej balneologii uzupełnić lub wzmocnić pomocniczymi środkami fizyoterapii, gdy mu chodzi o podniesienie lub obniżenie pobudliwości nerwów, a wzmożenie sprawności narządów, o wywołanie zmian naczynioruchowych i t. d.

Przykłady te ilustruje prelegent opisem postępowych urządzeń, istniejących w większych zdrojowiskach i w laboratoryach balneologicznych, urządzonych przy odnośnych katedrach zagranicznych. Odczyt swój kończy prelegent życzeniem, aby takie katedry i dobrze uposażone pracownie mogły u nas powstać jak najprędzej, oraz prośbą, aby każdy z lekarzy przez bliższe zapoznanie się z postępami balneoterapii i z prawami nowoczesnej systemizacyi tejże, przyczynił się do rozwoju polskiej nauki i polskiego przemysłu zdrojowego. (Streszczenie własne).

Za sekretarza dorocznego:
Dr Sikorski.

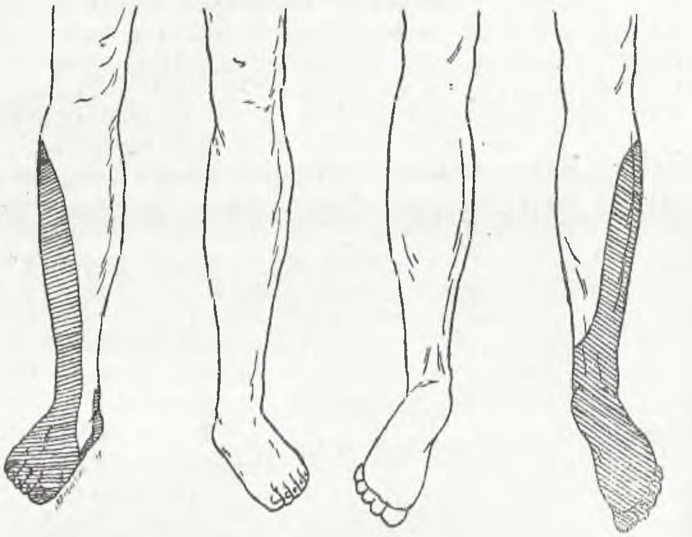
Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

dnia 9. I. 1911 r.

Kol. Landau przedstawia chorego M. A., robotnika, lat 27, **z urazowem porażeniem całego nerwu kulszowego** prawego. Przed czterema miesiącami wypadł chory z wozu tak nieszczęśliwie, że zwichnął sobie nogę prawą w stawie biodrowym. Już na drugi dzień po wypadku odprowadzono zwichnięcie w szpitalu. Niedługo jednak potem po zdjęciu opatrunku zauważył chory, że jakkolwiek ruchy w stawie biodrowym powróciły, to jednak powstała trudność przy wykonywaniu ruchów w stawie kolanowym, w stawie zaś stopowym i stawach palcowych żadnych nie może wykonać ruchów. Stan taki utrzymuje się bez zmiany aż do dnia dzisiejszego. W szpitalu w J., dokąd chorego przeniesiono po wypadku, stwierdzono zwichnięcie główki kości udowej ku tyłowi i ku górze nad otwór kulszowy ze skróceniem nogi prawej i przywiedzeniem ku linii środkowej ciała. Odprowadzenia dokonano dopiero nazajutrz po wypadku. Po odprowadzeniu nałożono opatrunek szynowy, po zdjęciu którego stwierdzono utratę czucia w zakresie zewnętrznej powierzchni prawej goleni i stopy oraz niedowład zginaczy nogi, mięśni stopy i palców. (Według informacyi, zasięgniętych w szpitalu w J.).

Badanie dokonane przez L., wykazuje, że zmiany dotyczą wyłącznie prawej kończyny dolnej. I tak: stopa końska, wszelkie ruchy czynne w stawie biodrowym zachowane, w stawie kolanowym wyprostowywanie dobre, zginanie zupełnie zniesione. W stawie stopowym i stawach palcowych ani śladu ruchów czynnych. Napięcie w porażonych mięśniach bardzo znacznie obniżone, staw stopowy wybitnie cepowaty. W zakresie zginaczy uda i wszystkich mięśni goleni widoczne zaniki. Wszystkie mięśnie unerwione przez nn. kulszowy, strzałkowy i piszczelowy wykazują zupełny odczyn zwyrodnienia. Odruch kolanowy prawy żywszy niż lewy, czego przyczyny należy prawdopodobnie dopatrywać się w porażeniu zginaczy uda. Skutkiem tego bowiem odpadło po tej stronie zupełnie przeciwdziałanie zginaczy, którego to przeciwdziałania w warunkach fizyologicznych nigdy tak zupełnie nie możemy wyłączyć. Odruchy Achillesowy i podeszwowy zniesione. Pnie nerwowe niebolesne. Chód powolny z silnem przechylaniem miednicy na bok i powłóczeniem kończyny prawej. Znieczulenie na dotyk,

ból, zimno i ciepło w zakresie następujących nerwów: n. cutaneus cruris posterior, n. peroneus superficialis i profundus, n. suralis, n. tibialis posticus, nn. calcanei, plantaris medius et lateralis (patrz schemat). W stopie i palcach zaburzenia czucia położenia.



L. rozpoznaje porażenie nerwu kulszowego, i to w miejscu po wyjściu jego ze splotu krzyżowo-kulszowego, a więc poniżej odejścia dolnego nerwu pośladkowego, a powyżej odejścia tych gałązek n. kulszowego, które unerwiają m. dwugłowy, półścięgnisty i półbłoniasty. W zakresie bowiem dolnego nerwu pośladkowego, jak i w zakresie wszystkich innych nerwów, odchodzących powyżej tego miejsca, niema żadnych porażeń. Co do samego charakteru porażenia, t. j. co do tego, czy nerw został przerwany, czy też tylko ugnieciony przez zwichniętą kość udową, a w następstwie dopiero uległ zwyrodnieniu, nic pewnego nie da się powiedzieć. W każdym razie wobec tego, że porażenie powstało odrazu po zwichnięciu i że mimo szybkiego odprowadzenia nie ustąpiło, przyjąć raczej należy przerwanie włókien nerwu kulszowego i zalecić dla odszukania tegoż nerwu zabieg operacyjny.

Dn. 20. I. dokonano w klinice chirurgicznej (prof. Kader) zabiegu operacyjnego. W znieczuleniu lędźwiowem (tropakokainą) przecięto skórę pionowo w linii łączącej górny tylny kolec biodrowy z guzem siedzeniowym (z tub. ischii). Po rozchyleniu brzegów skóry rozdzielono widoczny mięsień pośladkowy wielki w kierunku przebiegu jego włókien i po odsunięciu górnego brzegu w górę i na zewnątrz, a dolnego brzegu w dół i na wewnątrz, odsłonięto pień nerwu kulszowego wraz z miejscem wyjścia nerwu (z foramen infrapiriforme). Stwierdzono, że odcinek nerwu tuż poniżej otworu tego na przestrzeni 2 cm obrosły był tkanką bliznowatą i tą tkanką umocowany do kostnego brzegu otworu. Nerw jest na przestrzeni 2 cm wybitnie twardszy. Ograniczono się do zupełnego oswobodzenia nerwu z otoczenia i nacięcia zgrubiałej torebki w kilkunastu miejscach równolegle do długiej osi nerwu. Po rozcięciu nerwu w taki sposób okazało się, że wewnętrzne części nerwu przedstawiają się makroskopowo prawidłowo. (Myśl resekcyi zmienionej części nerwu upadła na razie z powodu niemożliwości następowego zbliżenia przekrojów, również i na plastykę nerwu sposobem Brunsa wydawało się brakować materyału). W ten sposób oswobodzony i ponacinany nerw okryto torebką, sporządzoną sposobem Feramitiego z worka przepuklinowego; torebkę zamknięto i do nerwu przymocowano zapomocą cienkich szwów katgutowych. Ranę na głucho zamknięto. (Według protokółu klin. chirurg.).

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XVIII. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 9 (22) grudnia 1911.

Obecnych członków 28, gości 8. Przewodniczy prezes Prof. O. Czeczott.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

Prezes w imieniu Zgromadzenia wita w serdecznych wyrazach Dr Bolesława S k a r g ę z powodu 50-letniego jubileuszu jego pracy lekarskiej, podając jednocześnie do wiadomości krótki życiorys jubilata. Dr Hattowski przemawia od »Sokoła polskiego«, a p. Piekarska od »Związku równouprawnienia kobiet« w Petersburgu. Jubilat w gorących wyrazach składa wszystkim obecnym, jak również i instytucyom, serdeczne podziękowanie.

I. Dr Jadwiga B u k o w s k a: **Wrażenia z podróży na daleki Wschód.**

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentce podziękowanie za cenny i szczegółowy odczyt.

W części a d m i n i s t r a c y j n e j posiedzenia: 1) Dokonano wyborów nowych członków: rzeczywistymi członkami obrano inż.-techn. Konrada Krzyczkowskiego, inż.-pułkow. Grzegorza Borowskiego, inż. cywil. Hermana Rudzkiego i Dra Zofię Sadowską. 2) Macierz polska w Petersburgu zwróciła się do »Związku« z prośbą o przysłanie 2 delegatów w celu ogólnego omówienia projektu, w jaki sposób uczcić 100-letnią rocznicę Zygmunta Krasińskiego. Uproszono na delegatów p. Chrzanowskiego i Dra Suchorskiego. 3) Odezwę p. Stanisława Kalinowskiego, kierownika pracowni fizycznej Muzeum przemysłu i rolnictwa, skierowaną do »Związku«, uchwalono przesłać prezesowi Wydziału przyrodniczego. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż »Związek« otrzymał zaproszenie na mające się odbyć w d. 4. stycznia 1912 r. jubileuszowe posiedzenie Towarzystwa psychiatrów w Petersburgu z powodu 50-letniego istnienia. Przedstawicielami »Związku« wybrano prof. Zaleskiego i prof. Ziemackiego. 5) Prof. Zaleski poleca Kalendarz lekarski polski Dra Polaka, wydany w Warszawie.

XVII. nadzwyczajne posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 22 stycznia (4 lutego) 1912.

Obecnych członków 65, gości 22. Przewodniczy prezes prof. O. Czeczott.

Prezes w imieniu »Związku« wita honorowego członka »Związku« prof. Dra Napoleona Cybulskiego (z Krakowa).

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Prof. Napoleon C y b u l s k i wygłosił rzecz p. t. **O pochodzeniu prądów czynnościowych w mięśniach** (z pokazami świetlnymi).

Po skończonym odczycie prof. Merczyng zwraca uwagę na ważne znaczenie dla ostatecznego zbadania, iż podrażnienie mięśniowe wywołuje falujące zmiany różnicy potencyału; należałoby zamiast siły prądów mierzyć elektrometrem napięcie elektryczności w punktach mięśnia, gdyż przy mierzeniu prądu zauważone fale mogą być wynikiem pojemności obwodu. — Prelegent daje odpowiednie wyjaśnienia. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie.

W części a d m i n i s t r a c y j n e j posiedzenia: 29 grudnia 1911 odbył się jubileusz prof. Wołkowa, na którym złożono powinszowania od »Związku«.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 24. I. 1912.

Przewodniczy kol. Krusche. Sekretarz kol. Sonnenberg.

1. Kol. Maybaum przedstawił chorą, dotkniętą cierpieniem zwanem **chorobą Bantiego** (splenomegalia et cirrhosis hepatis). 24-letnia szwaczka, panna J., chora lat 3, skarżyła się z początku na ogólne osłabienie, potem zauważyła, że jej brzuch rośnie, wreszcie, że nogi puchną i chodzenie stało się utrudnione, oddech krótki, pracować nie mogła. W tym okresie choroby badanie wykazało brzuch nadmiernie wzdęty, dużą śledzionę, powiększoną wątrobę, wolny płyn w jamie brzusznej, obrzęk nóg, w moczu ślady białka i brak wałeczków, krwinek i nabłonków nerkowych. Chora wyjechała do Wiednia i blizko rok spędziła tam w szpitalach.

Badanie obecne wykazuje: Brzuch duży, jak w późnym miesiącu ciąży, śledziona duża, wątroba wyczuwalna, obrzęk nóg; wolnego płynu w jamie brzusznej niema. W moczu niema nic nieprawidłowego. Odczyn Wassermanna wypadł ujemnie. Krew: oligochromemia (Hb 56), oligocytemia (3,800.000), leukopenia (5000). Ogólny stan lepszy.

Rozpoznanie choroby Bantiego opiera się na dużej śledzionie, powiększonej wątrobie, obrazie krwi. Różniczkowo wchodzą w rachubę: marskość wątroby Laenneca, kiła wątroby, białaczka rzekoma, gruźlica śledziony, zwyrodnienie skrobiowate, zimnica. (Streszczenie własne).

2. Kol. Chodźko przeczytał rzecz p. t. **O wartości rozpoznawczej płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobach umysłowych.**

Badania płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskały wartość praktyczną dla psychiatryi dopiero z chwilą zastosowania do tegoż płynu odczynu Wassermanna i wprowadzenia ulepszonej techniki badania, a więc metody badania białka sposobem Nonne-Apelta, oraz kamery Fuchs-Rosenthala do liczenia ciałek płynu. Zapomocą całego szeregu badań ustalono, że dodatni odczyn Wassermanna występuje w 95—100% płynów w przypadkach porażenia postępującego, zaś w 10—12% płynów u chorych, dotkniętych kiłą mózgowo-rdzeniową i że nie występuje wcale w płynach u osób, nie dotkniętych sprawami kiłowemi albo parasyfilitycznemi układu nerwowego ośrodkowego; w rozpoznaniu różniczkowem psychoz tego pochodzenia od innych psychoz organicznych dodatni odczyn Wassermanna w płynie posiada zatem wartość rozstrzygającą. Odczyn globulinowy Nonne-Apelta, a mianowicie jego okres I, występuje w rozmaitym stopniu natężenia w 95—100% przypadków porażenia postępującego i w przeważającej większości przypadków kiły mózgowej, obok tego zaś w zapaleniu opon mózgowych, wodogłowiu, psychozach alkoholowych i miażdżycowych i t. p. »Pleocytoza« czyli powiększenie ilości pierwiastków morfotycznych płynu mózgowo-rdzeniowego ponad normę (5 komórek w 1 mm^3) występuje stale w płynach u chorych na porażenie postępowe, ilość komórek jednak nie jest niezmienna i podlega bardzo znacznym wahaniom, niezależnie od przebiegu klinicznego sprawy chorobowej; leczenie rtęcią może zmniejszyć ilość komórek w płynie. W płynach mózgowo-rdzeniowych z przypadków kiły mózgowej pleocytoza występuje nie tak często, jak w porażeniu postępującem. Wartość rozpoznawczą pleocytozy płynu mózgowo-rdzeniowego obniża ta okoliczność, że stwierdzono ją u 40% neurasteników i osób nerwowo zdrowych z kiłą w wywiadach, we wszelkich postaciach zapalenia opon mózgowych, w alkoholizmie, padaczce, a nawet w przypadkach otępienia wczesnego (28%). Badania histologiczne komórek płynu mózgowo-rdzeniowego nie dostarczyły dotąd żadnych cenniejszych wskazówek dla dyagnostyki psychiatrycznej.

Badania płynu mózgowo-rdzeniowego, dokonane w Kochanówce, dają wyniki zgodne z wnioskami większości autorów. Wywody swe objaśnia prelegent przez historye choroby (zaczerpnięte ze spostrzeżeń Kochanowieckich) tych przypadków psychoz, w których badanie płynu pozwoliło na ustalenie wahającego się rozpoznania albo sprostowanie błędnie postawionego.

Wnioski: 1) Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego pozwala na stanowcze odróżnienie psychoz kiłowych i porażenia postępującego z jednej strony od innych psychoz organicznych i od psychoz czynnościowych z drugiej — w przeważającej większości przypadków. 2) Odróżnienie psychoz kiłowych od porażenia postępującego na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego jest możliwe tylko w pewnej części przypadków. 3) W różniczkowaniu między psychozami kiłowemi a psychozami organicznemi i czynnościowemi u chorych na kiłę badanie płynu mózgowo-rdzeniowego często nie rozstrzyga wątpliwości. 4) Dla odróżnienia psychoz organicznych nie kiłowych od psychoz czynnościowych badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie daje żadnych rozstrzygających wskazówek. (Streszczenie własne).

3. Kol. Goldman pokazał **szpilkę usuniętą z pęcherza** kobiety przez cewkę.

Sekretarz: Sonnenberg.

Ze spraw szpitalnictwa.

Księga pamiątkowa, wydana przez Magistrat m. Warszawy, i szpitale warszawskie w jej oświetleniu.

W d. 1 listopada 1907 r. stał się fakt wielkiej doniosłości dla szpitali warszawskich — przejście tychże szpitali z pod władzy b. Rady miejskiej Dobroczynności publ. pod zarząd Magistratu m. Warszawy. Powstały przy Magistracie dla zarządzania sprawami szpitalnemi Wydział Dobroczynności publicznej w końcu roku zeszłego wydał »Księgę pamiątkową« czyli sprawozdanie ze swej działalności w ciągu dwu pierwszych lat (1908 i 1909).

Jest to obszerna księga, obejmująca 648 str. druku in quarto z licznemi tablicami. Zawarto tam historyę szpitali i zakładów dobroczynnych miasta Warszawy, stan ich w chwili przejścia pod zarząd Magistratu, przedsięwzięte lub zamierzone na przyszłość reformy i wreszcie właściwe sprawozdanie statystyczne. Na tak szeroką skalę zakrojone wydawnictwo zasługuje na wysokie uznanie z naszej strony, a to tembardziej, iż, jak powiedziano w przedmowie, Magistrat puszcza je w świat w przekonaniu, że »niezbędnym warunkiem należytego rozwoju szpitali i zakładów dobroczynnych jest jawność działania.« Do takiego stawiania kwestyi nie przyzwyczaiła nas b. Rada miejska Dobr. publ.

Opracowanie książki polecono specyalnej komisyi, w której przewodnictwo objął inspektor szpitali Dr Troickij. Komisya przelała redakcyę dzieła na Dra W. Męczkowskiego. Całe dzieło rozpada się na 11 bardzo nierównych co do objętości rozdziałów. Z tych trzy pierwsze rozdziały obejmują historyę szpitali warszawskich do chwili przejęcia ich pod zarząd Magistratu; dwa następne — opis tychże szpitali i instytucyi dobroczynnych w chwili omawianej zmiany zarządu; wreszcie sześć pozostałych rozdziałów stanowi właściwe sprawozdanie z działalności Magistratu w ciągu 1908 i 1909 r.

Pierwszy rozdział dzieła przedstawia w zwięzłej formie rozmaite przeobrażenia zarządu, jakim podlegały szpitale warszawskie od chwili swego powstania do czasów ostatnich.

Rozdział drugi nosi tytuł: »Stan finansowy i położenie szpitali warszawskich w czasie działalności Rady miejskiej

Dobroczynności publicznej«. Szkoda, że autorowie księgi nie rozwinęli szerzej historyi finansów szpitalnictwa warszawskiego i że nie cofnęli się nieco wstecz do czasów Rad opiekuńczych, ograniczając się tylko do okresu rządów Rady miejskiej (od 1870 do 1907 r.). Obraz historyczny rozwoju szpitalnictwa, choć krótko podany, wieleby zyskał, gdyby uwzględniono czasy, poprzedzające utworzenie Rady miejskiej. Materyały pod tym względem istnieją i są bardzo ciekawe i pouczające. Ale nawet w tym zakresie, jaki nakreślono w tytule, rodział drugi daje mniej, niż obiecuje. Przystępując do czytania tego rozdziału, spodziewamy się znaleźć tam przedewszystkiem wykaz tego, co otrzymała Rada miejska Dobr. publ. w r. 1870 od Rad opiekuńczych, a następnie choć krótkie dane odnośnie do tego, co zdołała przysporzyć Rada miejska dla dobra szpitali i instytucyi dobroczynnych m. Warszawy. Tylko zestawiając wykaz tego, co Rada miejska otrzymała, z tem, co po latach 37 oddała, można sobie wytworzyć dokładniejsze pojęcie o działalności tejże Rady. Zamiast tego cały rozdział mówi ogólnikowo o kłopotach finansowych, które spadły na Radę miejską po usunięciu społeczeństwa od spraw szpitalnych, i o nieudałych, często wprost nieudolnych próbach wybrnięcia z tych kłopotów. Wprawdzie rozdział czwarty i piąty, podając opis szpitali oraz ich majątku w chwili ich przejścia pod zarząd Magistratu, rzuca sporo światła na gospodarkę Rady miejskiej, ponieważ jednakże opis ten dotyczy tylko danego momentu, nie może przeto dostatecznie zobrazować całej finansowej działalności tejże Rady.

Następne trzy rozdziały (trzeci, czwarty i piąty) dotyczą samego aktu przejścia szpitali i instytucyi dobroczynnych z pod władzy Rady miejskiej Dobr. publ. pod zarząd Magistratu i podają dokładny opis funduszów oraz całego inwentarza.

Zaznaczyć należy, że tym razem do komisyi odbiorczej obok urzędników powołano także przedstawicieli społeczeństwa. Pod zarząd Magistratu przeszły: siedem szpitali ogólnych, pięć szpitali specyalnych, sześć przytułków położniczych, dziesięć zakładów dobroczynnych. Wszystkie te instytucye wniosły ze sobą kapitały w sumie 2,602.551 rb, i nieruchomości pod postacią folwarków, lasów, placów, domów dochodowych, szacowanych w przybliżeniu na 4 miliony rubli. Do tego należy jeszcze doliczyć zaległości kosztów leczenia na sumę bez mała 2 mil. rubli. Ogólną liczbę łóżek w szpitalach obliczono na 3008, a właściwie, po wyłączeniu miejsc dla umysłowo chorych, tylko na 2658.

Na szczególną uwagę zasługuje czwarty rozdział księgi, który się rozpada na dwie części. W pierwszej z nich znajdujemy poszczególne opisy każdego szpitala i zakładu dobroczynnego, z których to opisów każdy poprzedzono krótkim rysem historycznym i zakończono podaniem najważniejszych braków. W drugiej części mamy opisy folwarków, lasów i wogóle nieruchomości dochodowych, należących do omawianych instytucyi.

Pomimo wielkiej powściągliwości w kreśleniu tych opisów (zresztą zupełnie zrozumiałej w księdze urzędowej) człowiek, nie znający dokładnie stosunków, przy czytaniu tego złapałby się za głowę z podziwu, jak można było w ciągu lat bez mała czterdziestu w taki sposób prowadzić gospodarkę szpitali i zakładów dobroczynnych w Warszawie. A przecież tu podano tylko ostateczny wynik (zresztą bardzo oględnie kreślony) tej gospodarki. Właściwie o tem, jak w ciągu całego tego czasu gospodarowano w szpitalach, jak zużytkowywano ich fundusze bieżące, nawet mowy niema. Co się tyczy nieruchomości, to zaledwie ślady tej gospodarki znajdujemy w opisach poszczególnych folwarków, placów itd. Zresztą i tu do opisu nie mogło wejść to, co już przepadło. A przecież, jak to Dr Jakimiak wykazał, bez śladu w sprawozdaniach b. Rady miejskiej przepadały nietylko morgi ziemi, lecz podział się niewiadomo gdzie nawet cały folwark Kiczki o przestrzeni 503 morg. i 223 pręt.

Z Księgi pamiątkowej widać jedno: Magistrat objął w spadku inwentarz szpitali i zakładów dobroczynnych w stanie ogromnego upadku i dewastacyi. W szpitalach 1 łóżko przypada na 283 mieszkańców, gdy właściwie powinno ono przypadać najwyżej na 150 mieszkańców. Przestrzeń, zajmowana przez szpitale, często jest niewystarczająca. Tak np. w szpitalu św. Rocha stanowi ona zaledwie 23·5% powierzchni koniecznie potrzebnej, a 15·7% — pożądanej. Sale chorych ciasne, ciemne i źle wentylowane. Przeciętnie w tych salach braknie 30% wymaganej przez higienę powierzchni podłogi, 36% objętości i 46·7% powierzchni światła. Pod tym względem nawet najnowsze szpitale Dzieciątka Jezus i Starozakonnych nie odpowiadają wymaganiom, jako że są stale ponad normę i miarę przepełnione. Kąpiele są źle urządzone i w niedostatecznej ilości. Kamery dezynfekcyjne złe lub brak ich zupełnie. Uderza to zwłaszcza w szpitalu św. Stanisława (dla chorób zakaźnych); trudno się dziwić wobec tego, że w tym szpitalu, jak powszechnie wiadomo, chorzy po przebyciu jednego zakażenia nieraz zapadają na drugie, a nawet i trzecie, nabyte już na miejscu. Pralnie, urządzone źle, ciasne, bez wentylacyi, bez suszarni; przytem z wyjątkiem dwóch szpitali, posiadających urządzenia mechaniczne do prania bielizny, inne są obsługiwane »antiquo more« przez praczki.

Tak samo kuchnie szpitali warszawskich, jak mówi Księga, »nie odpowiadają ani wymaganiom higieny, ani wymaganiom racyonalnej gospodarki szpitalnej«. Dla dobrze urządzonej kuchni szpitalnej ta Księga stawia następujące wymagania: kuchnia szpitalna powinna się składać »a) z właściwej kuchni i z pokoju do niej przylegającego do podziału potraw; b) pokoju do przyrządzania potraw mięsnych i mącznych; c) pomieszczenia do czyszczenia jarzyn; d) z pokoju do mycia naczyń; e) ze składu na świeże produkty i f) z lodowni. Pożądanem jest, aby w pobliżu kuchni znajdowała się jadalnia dla służby szpitalnej [1]. Kuchnia, w której przygotowują się potrawy, powinna być widna, duża i dobrze wentylowana«.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Stosunki w Zakładzie kulparkowskim.

Lekarze Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie wnieśli do Wydziału krajowego następujące przedstawienie:

»Wysoki Wydziale krajowy! W przeciągu ostatnich miesięcy zdarzyły się w Zakładzie kulparkowskim następujące wypadki: 1. Chory Misiewicz postrzelił z rewolweru dozorcę i odebrał sobie życie. 2. Chory Świdnicki zabił chorego Dyma. 3. Chory Serafin wystrzelił czterykrotnie z rewolweru do Dra Mikulskiego. 4. Chory Janda zadał nożem w izbie przyjęcia 7 ran Dr Woszczyńskiemu.

Fakty te zmuszają niezwłocznie do podjęcia stanowczych kroków, któreby zapobiegały w przyszłości podobnym zajściom.

Jako znający dokładnie i bezpośrednio stosunki Zakładu, przedstawiamy Wysokiemu Wydziałowi krajowemu wszystkie źródła zła, których usunięcie uważamy za bezwzględnie konieczne.

I. Stosunek liczbowy lekarzy do chorych jest w Zakładzie naszym o wiele niekorzystniejszy, niż w jakimkolwiek innym zakładzie psychiatrycznym. Lekarz, który ma w swej opiece dwustu kilkudziesięciu ciągle zmieniających się umysłowo chorych, lub lekarz oddziałów obserwacyjnych i dozorowych o stu

[1]) Piszący to oczywiście pomieszał dwie rzeczy: jadalnię dla służby kuchennej i pralnianej, która to jadalnia powinna być tuż przy kuchni, oraz jadalnię dla służby oddziałowej, która z konieczności powinna być w pawilonie. Zwykle pawilon posiada kuchenkę i jadalnię dla chorych, w których jada i obsługa.

do stu kilkudziesięciu chorych nie jest w stanie ani znać dostatecznie chorych, ani zapewnić im opieki i pielęgnacyi, ani wogóle spełnić wszystkich ciążących na nim obowiązków.

II. Ilość służby pielęgniarskiej jest znacznie mniejsza, niż być powinna. Jeżeli służba ta ma spełniać wszystkie obowiązkowe swe czynności, jeżeli rozdział jej pracy ma być racyonalny i skoordynowany, to otwarcie powiedzieć należy, że zadanie to przy obecnej liczbie służby na ogromnej większości oddziałów jest niewykonalne.

III. Materyał służbowy, którym rozporządzamy, jest przeważnie najpośledniejszy. Swiadczy o tem fakt, że rokrocznie przesuwa się przez Zakład stu kilkudziesięciu dozorców i dozorczyń, którzy pobyt swój w Zakładzie uważają za przemijające schronisko, wskutek czego nie zależy im ani na Zakładzie, ani na służbie.

IV. Zakład kulparkowski wskutek ogromnego przepełnienia i braku koniecznych urządzeń nie jest w stanie spełniać w należytej mierze zadań swych jako zakładu leczniczego i pielęgniarskiego wobec chorych umysłowo w ścisłem tego słowa znaczeniu, mimo to internuje jeszcze liczny i rokrocznie zwiększający się zastęp degeneratów i umysłowo chorych zbrodniarzy, a więc ludzi w najwyższym stopniu niebezpiecznych dla otoczenia, dla których w stosunku do ich liczby niema prawie żadnych urządzeń.

To też zarówno lekarze, jak dozorcy i chorzy narażeni są ciągle na ciężkie uszkodzenia i wręcz na utratę życia, tak, że pełnienie służby w takich warunkach staje się niemożliwem.

Wobec tego czujemy się upoważnieni wystąpić z następującymi postulatami:

1. Etat lekarzy powinien być zwiększony do 17 tak, aby przecięciowo 1 lekarz wypadał na 100 chorych, co jest obowiązującą zasadą we wszystkich zakładach dla obłąkanych.

2. Etat służby powinien być zwiększony do liczby, odpowiadającej postanowieniu Wys. Sejmu t. j. tak, aby 1 dozorca przypadał na 6 chorych, a 1 dozorczyni na 7 chorych.

3. Celem dostarczenia Zakładowi odpowiedniego materyału służbowego należy zorganizować biuro pośrednictwa pracy, które obejmie to zadanie.

4. Należy ograniczyć przyjmowanie zbrodniarzy stosownie do urządzeń i możności Zakładu oraz kwalifikacyi psychiatrycznej; lekarzy zaś i służbę pielęgniarską objąć należy zabezpieczeniem od wypadku i na życie«.

Sprawą kulparkowską zajmowała się także Sekcya neurologiczno-psychiatryczna Tow. lekarskiego lwowskiego na posiedzeniu w dniu 18. kwietnia i uchwaliła po dłuższej dyskusyi przesłać do Wydziału krajowego następujące rezolucye:

»1) Opieka nad umysłowo chorymi znajduje się w Galicyi w stanie zupełnego zaniedbania i to tak dalece, że w Galicyi przypada obecnie 1 łóżko dla umysłowo chorych na 4.500 mieszkańców, gdy stosunek ten w krajach Europy środkowej wynosi 1:200 — 800.

Zaradzenie temu stanowi, przynoszącemu ujmę jedynej polskiej autonomicznie rządzonej dzielnicy, jest rzeczą piekącej potrzeby i wymaga szerokiej i po obywatelsku pojętej akcyi społeczno-humanitarnej, zdążającej do budowania nowych zakładów dla umysłowo chorych.

2) Jedyny w kraju zakład dla umysłowo chorych w Kulparkowie jest nad miarę przepełniony i znajduje się w warunkach zupełnie wyjątkowych pod względem ilości, ruchu i rodzaju chorych. Wyjątkowe to stanowisko Zakładu kulparkowskiego wymaga nieodwołalnie również wyjątkowych i daleko poza normę innych zakładów tego rodzaju sięgających zarządzeń zaradczych, dotyczących przedewszystkiem regulacyi stosunków służbowo-lekarskich i pielęgniarskich.

Zakład kulparkowski nie może podołać w obecnych warunkach obowiązkowi internowania umysłowo chorych zbrodniarzy; dowodem tego są wypadki ostatniego roku, które będą się niewątpliwie w przyszłości powtarzać i prędzej lub później muszą spowodować zupełną dezorganizacyę zakładu. To też szczególnie ważną kwestyą jest konieczność wyłączenia chorych umysłowo zbrodniarzy z pośród innych zakładowych, co da się przeprowadzić jedynie tylko przez energiczny nacisk władz krajowych na rząd centralny o stworzenie specyalnych zakładów dla tej kategoryi chorych.

4) Lekarzom zakładu kulparkowskiego, pracującym z narażeniem życia w szczególnie ciężkich i zupełnie wyjątkowych warunkach, wyraża się za wytrwałość ich i poświęcenie uznanie, ofiarom zaś anormalnych stosunków zakładowych, czcigodnym kolegom Mikulskiemu i Woszczyńskiemu, szczere współczucie«.

Rezolucye te przedłożono także Tow. lekarskiemu lwowskiemu i Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej do uchwalenia i poparcia. (»Głos lekarzy« Nr 9).

Sprawa szpitala św. Ludwika i kolonii w Rabce.

Sprawa krakowskiego Szpitala dla dzieci i kolonii dla dzieci zołzowatych w Rabce, mająca znaczenie nietylko miejscowe, jest czytelnikom »Przeglądu lekarskiego« znana z poprzednich artykułów w tym przedmiocie. W Nrze 25 i 26 z roku zeszłego pomieściliśmy dokładne i autentyczne przedstawienie ówczesnego stanu sprawy przez twórcę obu instytucyi, o które chodzi, Czcigodnego prof. Jakubowskiego, a omawiając sanitarne sprawy sejmowe, zdaliśmy w roku bieżącym sprawę w kilku słowach ze stanowiska, zajętego przez Wydział krajowy galicyjski.

Ponieważ przyszłe losy tak ważnej instytucyi leczniczej i placówki pracy pedyatrycznej, jaką jest jeden z dwóch w kraju istniejących szpitali dziecięcych, oraz projekt stworzenia pierwszego w kraju, cały rok czynnego, sanatoryum dla dzieci zołzowatych i gruźliczych, mają wagę pierwszorzędną, przeto podajemy wiadomości o dalszym toku rzeczy dosłownie według niedawno ogłoszonego »XXXIX Sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie«.

Na zasadzie uchwały swego ogólnego Zebrania z d. 7. IV. 1911 wypowiedziało Towarzystwo Wydziałowi krajowemu dotychczasowe umowy co do leczenia w szpitalu św. Ludwika oseskow i dzieci do lat dwunastu, przesyłanych ze szpitala krajowego św. Łazarza, za ryczałtowem ze strony kraju wynagrodzeniem. Terminem wypowiedzenia jest koniec roku 1913.

»Wypowiedzenie to przyjął Wydział krajowy do wiadomości pismem z dnia 13 czerwca 1911 L. W. 56.057, oświadczając, iż tem przyjęciem wypowiedzenia umów nie przesądza wcale obowiązku Towarzystwa prowadzenia nadal szpitala św. Ludwika i leczenia w nim dzieci, ani nie przesądza innych kwestyj prawnych, z tego obowiązku Towarzystwa wynikających. Również oświadczył Wydział krajowy, iż nie zamierza przedłożyć Sejmowi wniosku na odkupienie od Towarzystwa budynków szpitala św. Ludwika; wreszcie przypomina o obowiązku Towarzystwa zwrócenia funduszowi krajowemu pożyczki 20.000 kor., udzielonej na mocy uchwały Sejmu z dnia 10 stycznia 1874 r.«

»Jeszcze z początkiem roku 1910, poczyniwszy znaczniejsze wydatki (5.998 kor.) na adaptacye na oddziałach dla chorób zakaźnych w szpitalu św. Ludwika, wniósł Komitet Towarzystwa dnia 5 marca 1910 podanie do Wydziału krajowego o udzielenie odpowiedniej subwencyi na pokrycie poniesionych wydatków. Nie otrzymawszy żadnej odpowiedzi, gdy po upływie roku stosunki finansowe Towarzystwa jeszcze się pogorszyły, zwrócił się Komitet ponownie do Wydziału krajowego z prośbą o zasiłek. W podaniu, wniesionem dnia 12 kwietnia 1911 do L. 82, Komitet, opierając się na cyfrach statystycznych, stwierdził, że gdy w r. 1909 ogólna liczba dni leczenia w szpitalu św. Ludwika wynosiła 34.715 dni, to w r. 1910 podniosła się do 38.558 t. j. o 3.843 dni leczenia więcej. W ślad za tem zwiększyły się i wydatki, które z kwoty 62.883 kor. 50 h. w r. 1909 podniosły się w r. 1910 do 69.237 kor. 98 h., t. j. zwiększyły się o 6.354 kor. 48 h. Nadmierne zwiększenie się ilości dni leczenia, a w ślad za tem i wydatków, było naturalnem następstwem większego napływu chorych dzieci z nowo przyłączonych do Wielkiego Krakowa gmin przedmiejskich. Nadto miejski Urząd zdrowia, opierając się na przepisach sanitarnych, przynagla i zmusza rodziców ubogich do oddawania dzieci z chorobami zakaźnemi, a szczególnie ze szkarlatyną i dyfteryą w celu izolowania i leczenia do szpitala św. Ludwika«.

»Według umowy, zawartej z Wydziałem krajowym jeszcze w r. 1906, zobowiązało się Towarzystwo na lat trzy przyjmować i leczyć równocześnie na osobnych salach po dwanaście dzieci, dotkniętych szkarlatyną lub dyfteryą. Tylko w razie koniecznej potrzeby zobowiązało się Towarzystwo mieścić na pomienionych oddziałach osiemnastu chorych, który to obowiązek atoli miał ustać nawet przed upływem umowy (t. j. z końcem r. 1908) z chwilą, gdy Gmina m. Krakowa urządzi osobny szpital miejski dla chorób zakaźnych«.

»Tymczasem w r. 1910 zobowiązania te nietylko nie ustały, ale wśród zmienionych stosunków znacznie się zwiększyły. Oddział szkarlatynowy przez rok cały był bez przerwy przepełniony,

a liczba dni leczenia doszła do niebywałej cyfry 5.838. W szpitalu św. Ludwika z liczby 110 łóżek, przeznaczonych jest w stanie normalnym 12, t. j. jedna dziewiąta część dla oddziału szkarlatynowego. Z zamknięcia rachunków za r. 1910 okazało się, że w przecięciu utrzymanie dzienne jednego chorego wynosiło 1 kor. 79·5 hal., z czego wynika, iż na oddziale szkarlatynowym 5.838 dni łączyło się w przecięciu z wydatkami 11.479 kor., a więc pochłonęło jedną czwartą część z kwoty 42.000 kor., jaką Towarzystwo otrzymuje z funduszu krajowego na utrzymanie szpitala«.

»Opierając się na powyższych datach statystycznych, Komitet w podaniu swem upraszał Wydział krajowy o udzielenie jednorazowego zasiłku na wyrównanie nadmiernych wydatków, wynikających z przepełnienia oddziału szkarlatynowego, ewentualnie o podwyższenie dotychczasowego wynagrodzenia ryczałtowego za utrzymywanie chorych z kwoty 42.000 na 45.000 kor., jak również, aby Wydział krajowy ze swej strony wpłynąć raczył, aby jaknajprędzej zbudowany został szpital miejski w Krakowie dla chorób zakaźnych, a temsamem, aby Towarzystwo zostało zwolnione od wyjątkowego, nader uciążliwego, a dla chorych niekorzystnego obowiązku przyjmowania do szpitala św. Ludwika dzieci ze szkarlatyną w tak wielkiej liczbie, jak to miało miejsce w r. 1910«.

»Na powyższe podanie otrzymał Komitet w dniu 3 listopada 1911 (L. W. 50034/911) odpowiedź, iż dla braku odpowiedniego kredytu Wydział krajowy nie może uwzględnić prośby Komitetu o udzielenie zasiłku na wyrównanie nieprzewidzianych wydatków szpitala św. Ludwika, poniesionych w r. 1910, ani o podwyższenie ryczałtu za leczenie dzieci w owym szpitalu. Co zaś do prośby Komitetu o spowodowanie gminy miasta Krakowa do wybudowania miejskiego szpitala dla chorych zakaźnych — to Wydział krajowy oświadcza, że ingerencya w tej sprawie należy do kompetencyi c. k. władz politycznych«.

Przytoczone powyżej według Sprawozdania »Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci« fakta nie potrzebują chyba komentarzy.

Godzi się wspomnieć, że w swej kolonii Rabczańskiej, urządziwszy własne łazienki, które wydały w r. 1911 około 1500 kąpieli leczniczych (wody dostarczał właściciel Rabki, Dr Kaden, z nowo wywierconej studni solankowej za nizką cenę), podjąć pragnie Towarzystwo w roku bieżącym pierwszą próbę w kierunku sanatoryalnym, stwarzając nowy sezon wiosenny dla dzieci kalek z powodu gruźlicy, potrzebujących dłuższego leczenia.

Higiena na VI Zjeździe techników polskich.

Od komitetu I Zjazdu zawodowego techników polskich, pracującego na polu budowy i higieny miast, otrzymujemy następującą odezwę:

»W myśl uchwały Stałej Delegacyi z dnia 10. kwietnia 1911 r. i 8. stycznia 1912 r. VI Zjazd techników polskich, który odbędzie się w czasie od 12 do 16 września b. r. w Krakowie, obejmie między innemi I Zjazd zawodowy techników pracujących na polu budowy i higieny miast. Komitet tego Zjazdu zwraca się do Kolegów, zainteresowanych w sprawach budowy, uzdrowotnienia i gospodarki naszych miast w dziale technicznym, z usilną prośbą o wzięcie udziału w Zjeździe i jego pracach. Poszczególnie poruszane będą tematy: 1) Budowa miast. 2) Kanalizacya. 3) Wodociągi. 4) Oświetlenie. 5) Nawierzchnia miejska. 6) Komunikacye miejskie. 7) Higiena miast (czyszczenie, walka z kurzem, z dymem). 8) Ogrzewanie i wentylacya. 9) Łaźnie publiczne (pralnie). 10) Szpitalnictwo. 11) Rzeźnie i targowiska. 12) Miejska gospodarka gruntowa (parcelacya). 12) Miasto jako przedsiębiorca (cegielnia, fabryki wyrobów betonowych etc.). 14) Administracya miejska w powyższych działach i udział w niej techników. — Wnioski i referaty zgłaszać można do 1. lipca 1912 r. Wszelkich informacyi udziela sekretarz Komitetu p. Inż. Jan Fiszer lub zastępca p. Inż. Stefan Szempliński, (Kraków, Magistrat, Budownictwo miejskie, Kanalizacya miasta).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 1. V. 1912 posiedzenie, na którem prof. Mięsowicz przedstawił chorą z »polycythaemia rubra«, prof. Majewski mówił o »Scotoma heliecliptieum«, a Dr W. Skórczewski miał wykład o atofanie. W dyskusyi nad tym wykładem uczestniczyli: Dr Blassberg, Korolewicz i prelegent.

— Krajowa Rada Zdrowia odbyła d. 27. IV. 1914 we Lwowie posiedzenie, na którem obradowano nad sprawą warunków wydawania kąpieli w Krynicy i nad udzieleniem koncesyi dla prywatnego zakładu leczniczego dla dzieci.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Jan Mossakowski rodem z Ciechanowa, Stanisław Radwan z Końskiego (Król. polskie) i Jan Zalewski z Warszawy.

— Jakaś »Akademia fizyczno-chemiczna w Palermo« rozsyła ponownie (jak przed kilku laty) do lekarzy listy, proponując im uzyskanie dyplomu członka »honorowego«. Jeden z kolegów, który list taki otrzymał, zwrócił się do nas ze słuszną uwagą, że przed ową »Akademią« i jej propozycyami należy publicznie ostrzedz, jako przed zwykłem na wyzysk nieostrożnych obliczonem przedsiębiorstwem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. IV. do 27. IV. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca 4 (1), ospy wietrznej 4 (1), płonicy 12 † 3, odry 9 † 1 (1 † —), duru brzusznego 1 † — (5 † —), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 5 † 4, ospy prawdziwej — † 1, wodowstrętu 1 † — (1 † 1), zapalenia ślinianek 4, zapalenia nagm. opon mózg (1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie wręczyło Prof. Dr Dmochowskiemu, przenoszącemu się do Lwowa, na posiedzeniu nadzwyczajnem w d. 21. IV. b. r., adres z podziękowaniem za jego działalność na stanowisku wiceprezesa Towarzystwa.

— Towarzystwo naukowe warszawskie otrzyma[illegible] funduszów, zapisanych przez ś. p. Annę Bothe i pozosta[illegible] dyspozycyi p. Anieli z Bagińskich Kucharzewskiej, [illegible] rubli na ogólne cele Towarzystwa. Dar powyższy ma tem większe znaczenie, że wpłynął w chwili organizowania Instytutu biologicznego, kiedy Towarzystwo ma przed sobą znaczne wydatki na koszta założenia i uposażenia pracowni naukowych.

— Na posiedzeniu Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego dnia 18. IV. 1912 przedstawiono m. i. komunikaty następujące: p. Ryszarda Hertza: »O pochodzeniu komórek plazmatycznych« (przedstawił p. Wł. Janowski); p. J. Tura: »Spostrzeżenia nad owotomią wewnątrzjajnikową u ssaków«.

— »Wieczór dyskusyjny« w »Stowarzyszeniu lekarzy« w d. 17. IV. 1912, zagajony przez dr. Kopczyńskiego, miał za temat higienę pracy umysłowej w zastosowaniu do zawodu lekarskiego (Gaz. lek. 17).

— Wszechsłowiański Zjazd higieniczno-społeczny w Petersburgu odłożony został na r. 1913, z powodu, jak donosi »Gazeta lekarska« (17), spóźnienia się wypłaty subwencyi rządowej dla Zjazdu. Sprawę języka małoruskiego (ukraińskiego) na Zjeździe rozstrzygnięto niedawno przychylnie, zastrzeżono zaś, że żadne demonstracye polityczne ani też rozprawy o polityce na Zjeździe nie będą dopuszczone.

— Warszawskie Towarzystwo higieniczne ogłosiło w »Zdrowiu« (Z. 4.) sprawozdanie swoje za r. 1911. W roku tym urządzono Zjazd higieniczny w Kaliszu i przygotowano Zjazd we Włocławku, udzielono zasiłków na 3 łaźnie ludowe i popierano sprawę urządzenia kąpieli dla pątników w Częstochowie, zorganizowano oddział Towarzystwa w Sosnowcu, wypracowano opinię o organizacyi szczepienia krowianki (dla Koła polskiego w Dumie), o państwowej pracowni higienicznej, o zaopatrzeniu miasteczek i wsi w wodę i o ich asanizacyi, udzielano informacyi rozmaitym instytucyom, rozesłano kwestyonaryusz w sprawie higieny miast, rozdzielono (przez Kółka rolnicze i Koła ziemianek) parę tysięcy broszur popularnych. W 7 Wydziałach Towarzystwa odbyło się 27 wykładów i rozpraw. Organ Towarzystwa »Zdrowie«, pod redakcyą Dr J. Jaworskiego, wydał na 916 stronnicach 32 artykuły oryginalne (oprócz 12 wstępnych), 103 referaty i mnogie wiadomości drobniejsze. Komitet badania i zwalczania raka ogłosił konkurs na pracę o wczesnem rozpoznawaniu raka i poruszył sprawę walki z rakiem na XI Zjeździe lek. i przyr. Czynnych oddziałów prowincyonalnych miało To-

warzystwo 9. W ogrodach im. Raua w Warszawie było 770.841 »uczęszczań« (obecność jednego dziecka na jednej grupie ćwiczeń, zabaw, na nauce pływania i t. d.), wogóle zaś w ostatniem dziesięcioleciu 5.291,513. Wydatki ogrodów Raua wyniosły 16.228 rb., majątek wynosi 327.597 rb. Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala zwiększył swą działalność w zakresie zabiegów higienicznych i porad leczniczych; spadła zaś ilość wydanych kąpieli i zmniejszyła się działalność »kropli mleka«. Wydatki instytutu Lenvala doszły 11.410 rb., majątek wynosił 100.912 rb. W sanatoryum w Rudce leczono 185 chorych przy dziennym koszcie 2·26 rb. na głowę. Sanatoryum wymaga koniecznie rozszerzenia (na jeden wakans oczekiwało w r. 1911 średnio 30 kandydatów, przeciętnie po 38 dni) kosztem około 100.000 rb., na co komitet ma jednak dotąd tylko 16.000 rb. Wydatki sanatoryum wynosiły 56.848 rb. (niedobór 4864 rb.), bilans zamknięto cyfrą 385.537 rb. Towarzystwo miało w r. 1911 (w Warszawie i na prowincyi razem) 309 członków rzeczywistych i 86 zwyczajnych.

— Nagrodę konkursową miesięcznika »Zdrowie« (im. Dra A. Sokołowskiego) za pracę: »Higiena zagrody wiejskiej i najodpowiedniejsze typy mieszkań służby folwarcznej« przyznano inż. Tuliszkowskiemu z Warszawy.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze w Lublinie otrzymało wspaniały dar. Kanonik ks. Szyszkowski ofiarował Towarzystwu swą posiadłość »Park-Łukawka« w okolicach Nałęczowa, złożoną z 40 morgów ziemi, parku, pałacu, dwu domów mieszkalnych i budynków gospodarczych.

— W Częstochowie kończy się kosztem klasztoru budowa gmachu, zawierającego trzy kuchnie ludowe i 9 sypialni po 100 łóżek na bezpłatne noclegi dla pątników.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 8. IV. do 29. IV. 1912 przypadków: ospy 9, płonicy — † 2, duru osutkowego 1, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W organizacyi czasopiśmiennictwa lekarskiego uczynili Czesi znowu wielki krok naprzód, wyprzedzając zarówno nas, jak i wiele innych narodów, gdzie sprawa ta [illegible]magałaby uregulowania. Mianowicie w ostatnich dniach [illegible]go połączenia miesięcznika »Lekarské rozhledy« z »Cas[illegible]eskych lekaru«. Miesięcznik ten wychodzić będzie odtąd jako dodatek do »Casopisu«, który w ten sposób stał się ogólnem ogniskiem czasopiśmiennictwa fachowo-lekarskiego. »Lekarskie rohledy« zachowują swoją samodzielność pod względem redakcyjnym, przekształcając się w pismo, poświęcone medycynie doświadczalnej i biologii. Redagować je będą profesorowie Babak, Honl, Lhotak z Pragi i Studnička, profesor politechniki w Bernie

— VI. Zjazd międzynarodowy dla elektrologii i radyologii lekarskiej odbędzie się 24 do 31 lipca b. r. w Pradze. Wiadomości udzielają prof. Hynek i prof. Slavik (sekretarz generalny, Praga, Ovocny trh. 11) i Dr Zanietowski (delegat dla Polski, Kraków, Batorego 1).

Mianowani: Dr Wieland profesorem pedyatryi w Bazylei.

Dr Wł. Janczewski pomocnikiem lekarza naczelnego, a Dr Br Szymański młodszym lekarzem w zakładzie położniczym św. Zofii w Warszawie; Dr T. Dzierzkowski asystentem zakładu patologii ogólnej w Krakowie.

Zmarli: neurolog prof. Seeligmüller w Halle;

Dr. Rudolf Wiesel w 25 r. ż. w Warszawie; Dr Henryk Żukowski, ziemski lekarz powiatowy, w Starym Konstantynowie na Wołyniu w 54 r. ż. (na dur plamisty); Dr Michał Faytt w 62 r. ż. w Siedlcach.

Internista Doc. Calabrese w Neapolu, dermatolog prof. Möller w Stockholmie, internista prof. Pribram w Pradze; prof. Unverricht w Magdeburgu, chirurdzy prof. Gies w Rostocku i prof. Ström w Christianii.

Sprostowanie. W pracy prof. K. Kleckiego p. t.: »O wpływie emanacyi radu na fagocytozą mikrobów« w Przegl. lek. Nr 16 z r. b. należy sprostowac następujące błędy:

Str.	Szpalta	Wiersz	Zamiast	ma być
287	II.	przedostatni	100104.6	1001046
288	II.	11	11053.25	1105325
288	II.	5 i 6 od dołu	będące	leżące
291	I. i II.	tablice		przestawić ich porząd.
291	I.	1-ej tablicy	132	133
292	II.	7	prążka	prątka
293	II.	12 od dołu	charakterystyczne	chemotaktyczne

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1912:

Gazeta lek. Nr. 14—18: E. Bruner: Naevus anaemicus (14). — Klejn (dok. 14—16). — Puławski: Jod i tyreoidyna jako czynniki wywołujące chorobę Basedowa u osób dotkniętych wolem (15). — Rzętkowski: O azotemii (16—17). — Wretowski: Przypadek ostrego żółtego zaniku wątroby (16). — Szmurło: Przyczynek do kwestyi błonicy ucha środkowego, przebiegającej pod postacią zwykłego ropienia (17—18).

Medycyna i Kronika lek. Nr. 14—18: W. Sterling i Jermułowicz: O wartości leczniczej hektyny w przymiocie (14). — Bruner (dok. 14). — Halpern: Przypadek chłonicy niebiałaczkowej (15). — Antecki i Zakrzewski: O wpływie pituitryny na przebieg rzucawki porodowej (15). — Meyerson: O leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego (16). — Hertz: W sprawie ziarnicy złośliwej (granulomatosis maligna) (17—18). — Mamrot: Przyczynek do nauki o t. zw. owrzodzeniach Bednara (17).

Tygodnik lek. Nr. 14—17: Skórczewski i Sohn (dok. 14).— Klarfeld (c. d.). — Rothfeld: O wpływie ostrego i przewlekłego zatrucia alkoholem na czynność narządu przedsionkowego (15).— Nowicki: Badanie anatomo-patologiczne nad wpływem śródżylnie wprowadzonych wyciągów części przedniej i tylnej przysadki mózgowej na niektóre narządy królika (16—17). — Hornowski: O śmierci nagłej w związku z zaburzeniami w czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (17—18).

Nowiny lek. Nr. 4: Simon: Rzut oka na współczesny stan nauki o dnie i artrytyzmie. — Hornowski: O wzajemnym stosunku grasicy i nadnercza, jako gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i o ich stosunku do układu współczulnego. — Karwowski: Rentgenoterapia w ginekologii. — Kraszewski: Cukry w wydzielinach ludzkich. — Łazarewicz: O krwawieniach t. zw. endometrytycznych.

Przegląd pedyatryczny, Tom IV. Z. 1: Czaplicki: Własności lecznicze sublimatu. — Ostrowski: Wrodzone wady serca u osesków w świetle badań sekcyjnych. — M. Gromski: Dwa przypadki ropnia śledziony w przebiegu płonicy. — B. Czaplicki: Przypadek ropnia płucnego olbrzymich rozmiarów u dziecka.

Postęp okulist. Nr. 3: Rosenhauch: O brodawczakach rąbka rogówki. — Wicherkiewicz: Kilka uwag w sprawie pochodzenia t. zw. brodawczaków rogówkowych.

Zdrowie Z. 4: Otto: O zabójczem działaniu alkoholu na narządy wewnętrzne. — Skalski: Trzynastolecie monopolu wódczanego. — Inż. Dudrewicz: Mechaniczne filtry dla wody do picia dla wodociągów miejskich. — Bregman: Ruchoma wystawa przeciwalkoholiczna w Królestwie Polskiem w r. 1909—1911. — Zawadzki J.: Miasta nasze w świetle ankiety.

Przegląd higieniczny Nr. 5: Inż. Fonferko: Ozonizacya wody i powietrza.

Nasze Zdroje Nr. 7—8: Pierwsze subwencye (7). — Kozłowski: O odżywieniu normalnem w zakładzie leczniczym w Ojcowie (7—8).—Nadolski: Krytyka dotychczasowych ujęć zdrojów mineralnych w naszym kraju (7). — Projekt ustawy wodnej (7). Nauczycielstwo ludowe z prośbą do zdrojowisk (7). — Zdrojowiska nasze w Radzie Państwa (7). — Zdrojownictwo polskie za granicą. (8). — Kubik: Piękno naszych zdrojowisk (8). — Utworzenie Sekcyi przemysłowej w łonie Związku zdrojowisk i uzdrowisk (8). — W sprawie kompetencyi kraj. komisyi dla spraw przemysłowych (8). — Projekt nowej ustawy zdrojowej na Węgrzech (8). — Zdrojownictwo we Francyi (8).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr. 2. Supiński: Roczne sprawozdanie zdrojowiska Rabka za r. 1911. — Ochrona Tatr.

Słowo lek. Nr. 7—8: Stan szpitali krajowych i powszechnych w Galicyi (c. d.) — Luster (c. d.). — Bednarski: Stosunki zdrowotne w gminach wiejskich (7). — Mączka: Wezwanie (7). — Doctor's Revolt (7). — Doboszyński: Testament ś. p. Michała Szydłowskiego (7). — W sprawie emerytury lekarzy okręgowych. (8). — Luster (c. d.) (8). — Żydłowicz. Odpowiedź na odzew kol. Mączki. (8).

Głos lekarzy Nr. 8—9: W sprawie nadawania tytułu radcy »medycynalnego.« — Mikołajski: Lwowskie Towarzystwo ratunkowe. — Rozporządzenie wykonawcze do ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych. — Laufer: Kilka uwag o partactwie lecznictwem. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi. — Uregulowa-

nie stosunku lekarzy do prywatnych zakładów ubezpieczenia od wypadków. — Stosunki w Zakładzie kulparkowskim. — Birkenfeld: W sprawie zatargu z Kasą chorych.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Walne Zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się dnia **25. maja 1912** o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w lokalu Polikliniki powszechnej (ul. Lindego l. 5) z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wybór nowego Wydziału. 5) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne Zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godz. $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Lilien, sekretarz. Dr Festenburg, przewodniczący.

TRUSKAWIEC

Zakład zdrojowo-kąpielowy oraz stacya klimatyczna.

Wziewalnia systemu Wassmutha.

Stacya kolei w miejscu.

Sezon od 15 maja do 30 września, w pierwszym o 20%, w ostatnim o 30% taniej. Oświetlenie elektryczne. W sezogra słynna orkiestra I. Schwarzmanoffa.

Lekarz zakładowy: Dr Gerus. **Lekarze wolno praktykujący:** Dr Mindes, Dr Pelczar, Dr Praschil i dentysta Dr Friedländer.

Położony 405 m. nad poziomem morza, wśród grzbietów górskich.

Klimat: podgórski, łagodny, suchy bez wiatrów. 125

Mieszkania: doborowe, na wzór zagranicznych z pościelą.

Kąpiele: gazowe, solankowe, słono-siarczane, borowinowo-żeleziste, radioczynne.

Wody do picia: słone, słono-gorzkie i moczopędna »NAFTUSIA«.

Wskazania: choroby serca, nerek, pęcherza, dusznica, rozedma płuc, rwa kulszowa, nerwobóle, gościec, dna, otyłość, guzy krwawnicowe, kiła, cierpienia kobiece, kiszkowe, żołądkowe, kamyki żółciowe, nerkowe i piasek w moczu.

Obszerną broszurę o TRUSKAWCU wysyła na żądanie ZARZĄD.

Chemiczna fabryka Helfenberg Tow. Akc. przedtem Eugen-Dieterich w Helfenberg (Saksonia).

Collemplastra o największej sile lepienia i trwałości, zupełnie niedrażniące. »Helfoplast« i »Zinkhelfoplast« w rulonach i na szpulkach na różnych materyałach do zwykłych, elastycznych i wyciągowych opatrunków.

Przetwory żelaza z manganem »Helfenberg«; najłatwiej strawne przetwory żelaziste najnowszych czasów.

a) zawierające alkohol:
Liquor Ferro-Mangani pepton. »Helfenberg« (500 g orig. K 3·—)
Liquor Ferro Mangani sacchar. » (500 g orig. K 3·—)
Dorosłym 3 razy dziennie łyżkę stołową, — Dzieciom 3 razy dziennie łyżeczkę kawową.

b) wolne od alkoholu: Blutan (Słowna marka). 90 b
Arsen-Blutan, 0,01% AsO (300 g K 2·—)
China-Blutan (300 g K 2·25 h)
Blutan (300 g K 2·—) Diabetiker-Blutan (K 2·—)
Brom-Blutan, 0,1% Br (300 g K 2·25 h)
Jod-Blutan, 0,1% jodu (K 2·25 h)

Regulin, naturalny środek do regulowania stolca; w łuskach: 50 g oryg. K 1·60, 100 g oryg. K 3·—, 1 łyżeczka kawowa do 2 łyżek stołowych w powidle rozrobione zażywać; w kołaczykach: fiolka z 20 szt. K —, 80 h, 3 lub więcej sztuk po jedzeniu. w **biszkoptach**: karton z 20 sztukami K 1·40 h, 1 do 2 sztuk po jedzeniu.

Valofin, smaczny, nieograniczenie trwały przetwór waleryanowy z miętą (30 g oryg. K 1·50 h) kilka razy dziennie 15—20 kropel.

Marka Kremel:

Allergin do rozpoznawczego wykazania gruźlicy; według Prof. v. Pirquet'a.

Jałowe podskórne **wstrzykiwania**, marka Kremel, w szczególnie ukształtowanych praktycznych fiolkach, z najdokładniejszem dawkowaniem.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie bezpłatnie!

Filia na Austro-Węgry:

A. KREMEL, Adlerapotheke, Wien XIV/1, Märzstrasse 49.

„Yoghurt"

mleko gotowane, następnie zakwaszane czystą kulturą bakteryi bułgarskich zawiera 5% tłuszczu. Nadaje się w leczeniu chorób przewodu pokarmowego, zboczeń w przemianie materyi, dla rekonwalescentów etc. Flaszka ¼ l. jako dzienna pożywka 40 hal. 211 a

„LAKTOL" ul. Karmelicka 15.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

Aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 K 40 h.

Wyrób krajowy. — Dwie flaszki wysyłam franco.

Reiniger, Gebbert & Schall

Tow. z o. p. Lwów, Wałowa 11 — Tel. Nr 671, Adres. Tel.: AESKULAP — pod firmą **Centralny Zakład fabryczny urządzeń technicznych, sanitarnych i naukowych** Tow. z o. p.



Specyalna Fabryka Zakładów elektromedycznych

wyrabia i dostarcza: 122

Pantostaty: aparaty uniwersalne do galwanizacyi, faradyzacyi, endoskopii, kaustyki, elektrolizy, kataforezy, masażu wibracyjnego, trepanacyi i masażu pompą.

Roentgenologia: aparat **Rekord** dla ogólnej praktyki, tani, pojedynczy i wydatny.

Ideal bez przerywacza o najwyższej wydatności, do prześwietlań, zdjęć czasowych migawkowych i na odległość do 2 metrów.

Aparaty do kataforezy, kąpiele świetlne i t. p.

Bogato ilustrowane cenniki bezpłatnie.